Lane Medical Library

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg).

Paralysenähnliche Intoxikationspsychosen.

(Pseudoparalysen).

Inaugural-Dissertation

Einer hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Hans Wachsmuth
aus Berlin
2. Assistenzarzt am Landeshospital zu Merxhausen.

23. September 1897.

Marburg.
Universitäts-Buchdruckerei von Joh. Aug. Koch.
1897.

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg).

Paralysenähnliche Intoxikationspsychosen.

(Pseudoparalysen).

Inaugural-Dissertation

Einer hohen Medizinischen Fakultät der Universität Marburg

zur

Erlangung der Doctorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshülfe

vorgelegt von

Hans Wachsmuth
aus Berlin
2. Assistenzarzt am Landeshospital zu Merxhausen.

23. September 1897.

Marburg.
Universitäts-Buchdruckerei von Joh. Aug. Koch
1897.

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/inauguralaaaaadi0000hans

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet

vom

Verfasser.

Paralysenähnliche Intoxicationpsychosen. (Pseudoparalysen.)

Litteratur.

Der deutsche Sprachgebrauch des Wortes Pseudoparalyse deckt sich nicht mit dem französischen.

Wir verstehen darunter durch toxische Einflüsse hervorgerufene Krankheitsbilder, welche mit der progressiven Paralyse somatische und psychische Symptome gemein haben, nicht aber ihren Charakter der Progressivität und Unheilbarkeit, vielmehr im Gegensatz zur Paralyse nach Beseitigung der causa peccans meist eine recht günstige Prognose bieten.

Anders bei den Franzosen.

„Sous le nom de pseudoparalysie on a décrit des formes de paralysie générale compliquées de syphilis, de saturnisme, d'alcoolisme.

On ne saurait nier qu'il n'y ait des causes puissantes, déterminantes de paralysie générale, mais ainsi que le fait remarquer, le Dr. *Mesnet*, si le saturnisme et l'alcoolisme peuvent compter au nombre des facteurs de la paralysie générale, ils ne la constituent pas d'emblée et à eux seuls; et le plus souvent ces malades improprement désignés sous le nom de pseudoparalytiques, retrouvent l'intégrité de leurs facultés intellectuelles après des soins et un traitement qui les aura soustraits à l'action nocive du plomb ou de l'alcool. Ce ne sont dont point là des paralytiques généraux.

Quelle que soit l'analogie apparente des symptômes communs à ces deux états — ils n'ont eu de la paralysie générale les apparences — leur symptomatologie n'a été que l'expression d' accidents essentiellement toxiques, dont l'intensité et la durée proportionnées au degré de l'intoxication s'attenuent à mesure que l'organisme se débarrasse de l'agent toxique.

Malgré l'avis de *Baillarger* que dans la classification des maladies mentales il faut assigner une place à part aux pseudoparalysies générales, nous pensons qu'il n'existe pas de maladie méritant la dénomination de pseudoparalysie générale saturnine ou alcoolique.

Les faits dont il s'agit, ne sont que des périodes de transition, des périodes intermédiaires entre le saturnisme ou l'acoolisme et la paralysie générale; tout au plus pourrait on accepter le terme de pseudoparalysie générale comme une diagnostic provisoire, une diagnostic d'attente. (Dagonet, maladies mentales).

Im Gegensatz dazu *Baillarger* (Annal. med. psych. 1889). Les faits qu'on a publiés jusqu'ici sous la dénomination de pseudoparalysie générale, se rapportent à deux formes très différentes: l'une caractérisée principalement par le délire des grandeurs diffus et incohérent; l'autre par une démence primitive et progressive. Je n'occuperai dans cette note que de la première forme, laissant aussi à part la forme mélancolique avec délire hypochandriac spécial.

Ebenso unterscheidet *Baillarger* eine folie paralytique und eine démence paralytique (Annal. med. psych. 1883: Sur la théorie de la paralysie générale, de la folie paralytique et de la démence paralytique considérées comme deux maladies distinctes). La paralysie générale n'a pas trois ordres de symptômes pathognomiques (délire, démence, et paralysie) elle n'en a que deux se rapportants à la démence et à la paralysie.

Il existe en dehors de la folie simple et de la paralysie générale une espèce de folie d'une nature spéciale et que j'avais cru d'abord devoir désigner sous la dénomination de folie congestive, dénomination, que je propose anjourd'hui de remplacer par celle de la folie paralytique.

La folie paralytique précède souvent la paralysie générale et cette dernière maladie doit alors être considérée comme secondaire.

Régis macht den Vorschlag, die Pseudoparalysen zu nennen, „des paralysies générales fonctionelles“ im Gegensatz zur paralysie générale qui se rattache à des lésions organiques.

Das Verdienst, zuerst auf die Aehnlichkeit gewisser Vergiftungserscheinungen, hauptsächlich beim chronischen Alkoholismus, mit den Symptomen der progressiven Paralyse hingewiesen zu haben, gebührt dem schwedischen Arzte *Magnus Huss*, welcher im Jahre 1852 sein Werk veröffentlichte: „Ueber chronische Alkoholkrankheiten, ein Beitrag zur Erkenntnis der Vergiftungskrankheiten (aus dem Schwedischen übersetzt von *Gerhard van dem Busch*), in welchem er auch andere Vergiftungen (Blei, Quecksilber, Kupfer, Arsenik, Phosphor, Secale cornutum) zum Vergleiche heranzog und differentielldiagnostisch verwertete.

Anfangs der siebziger Jahre machte *Westphal* darauf aufmerksam, dass im Anschluss an Pocken sich Zustände herausbilden können, die der progressiven Paralyse vollständig glichen, aber nach kurzer Zeit wieder in völlige Heilung übergingen. Einige Zeit später teilte *Foville* (Annal. med. psych., Janvier 1872), als Erster in Frankreich, den Fall eines Soldaten mit, der nach überstandenen Pocken zuerst ganz den Habitus eines dementen Paralytikers bot, später aber sich erholte, namentlich keine wirkliche Geistesstörung zeigte, sondern nur eine erschwerte näselnde Sprache und eine gewisse Ataxie darbot. Grössere Aufmerksamkeit schenkte man den Pseudoparalysen erst in den letzten beiden Decennien, als man die Erfahrung machte, dass viele Gifte fähig waren, paralysenähnliche Zustände hervorzurufen, die einen in höherem Masse und auf längere Zeit wie die andre. So kann z. B. eine alkoholische Pseudoparalyse jahrelang bestehen, ehe eine Differentialdiagnose zwischen ihr und der progressiven Paralyse möglich ist, meistens jedoch gehen nach der Entgiftung des Organismus die Symptome sehr bald

zurück, so dass man an dieser Thatsache eins der wichtigsten differentielldiagnostisch verwertbaren Momente hat. In diesen Giften sind nicht nur die im pharmakologischen Sinne giftigen Substanzen zu rechnen, sondern auch die im Organismus erst zur Entwicklung kommenden.

Ebenso wie wir nach Bleiintoxicationen Pseudoparalysen entstehen sehen, kennen wir auch syphilitische, diabetische, arthritische, (Charpentier: les intoxications et la paralysie générale. Annal. med. psych. XII), und wie wir oben sahen, im Anschluss an Pocken.

Alle rasch eintretenden Vergiftungen des Gehirns pflegen sich in Zuständen deliriöser Verwirrtheit mit mehr oder weniger Sinnestäuschungen und vielfach auch mit Aufregung zu äussern, während bei langsamer Vergiftung mehr die Zeichen einer psychischen Lähmung in den Vordergrund treten. Das klinische Bild bestimmt sich durch die besonderen Eigenschaften des Giftes. Jede krankhafte Aenderung im Stoffwechsel zieht auch die Ernährung des Nervensystems in Mitleidenschaft; es müssen unter Umständen Stoffe in die Blutbahn gelangen, die geradezu giftig auf das Nervensystem einwirken können (Diabetes, Carcinom, Tuberculose, Leukämie, Chlorose). Es dürfte sich in jenen Krankheitszuständen vielfach um tiefgreifende chemische Veränderungen des Blutes handeln, welche zumeist zwar nicht rasch erkennbare Störungen des psychischen Gleichgewichtes herbeiführen, aber sicherlich die Widerstandsfähigkeit des Gehirns beträchtlich und nachhaltig herabsetzen *(Kräpelin)*.

Unter den Pseudoparalysen stehen der Häufigkeit nach an erster Stelle die alkoholischen, nach ihnen die saturninen.

Wie es sich mit dem syphilitischen Virus in dieser Beziehung verhält, ist schwer zu sagen, weil sich die Verhältnisse dadurch sehr komplizieren, dass das dabei zu therapeutischen Zwecken angewandte Quecksilber auch Pseudoparalysen hervorrufen kann und dann schwer zu entscheiden ist, was auf Rechnung des einen oder des andern zu setzen

ist. Ferner ist die Differentialdiagnose in bezug auf die echte Paralyse auch äusserst schwer, da sowohl Lues wie der Abusus spirituosorum ätiologische Momente für das Entstehen der echten Paralyse abgeben. Ausser den eben aufgeführten Schädlichkeiten sind in ihren Beziehungen zur Pseudoparalyse zu besprechen:

Absinthismus
Ergotismus
Pellagra
Cocainismus
Morphinismus, Bromismus
Chloroformismus
Vergiftung mit Opium
„ Haschisch
„ Hanf
„ Nicotin
„ Antipyrin
„ Sulfonal
„ Atropin
„ Schwefelkohlenstoff
„ Schwefelwasserstoff
„ Kohlenoxyd
„ Terpentinöl
„ Arsen.

Bei der Unheilbarkeit und dem progressiven Charakter der Paralyse, wodurch der Paralytiker dauernd ausser Stande gesetzt wird, seine Angelegenheiten selbst zu verwalten, also entmündigt werden muss, und der weit günstigeren Prognose der Pseudoparalysen, bei denen die Patienten in der Regel nur vorübergehend die Fähigkeit verlieren, ihren sozialen Pflichten gerecht zu werden, ist es von der allergrössten Bedeutung, möglichst früh und möglichst sicher die Diagnose zu stellen, welche meist gleichbedeutend ist mit einem Urteil über Tod und Leben; gehört es doch zu den allergrössten Seltenheiten, dass ein Paralytiker geheilt wird.

Alkohol.

Die alkoholische Pseudoparalyse von der echten Paralyse zu unterscheiden, bedarf bisweilen Monate und Jahre der aufmerksamen Beobachtung in Anstalten und selbst dann ist es bisweilen unmöglich. Der Alkoholismus steht zu dieser Frage in mannichfach sich verwickelnden Beziehungen. Er kann die Ursache der Pseudoparalyse sein, ferner kann er eins der ätiologischen Momente für die echte Paralyse bilden, er kann aber auch ein Symptom der beginnenden progressiven Paralyse sein, und schliesslich im Verlauf dieser Krankheit ein rasches Fortschreiten des Prozesses vortäuschen. Es bedarf hier also nach jeder Richtung hin der sorgfältigsten Beobachtung und Erwägung. So ist z. B. ein von *Garnier* (Annales med. psych. 1885. Alcoolisme pris pour une paralysie générale) veröffentlichter Fall zweifelhaft, da noch nach der sogenannten Heilung Pupillendifferenz und Sprachstörung bestanden. Man kann dem Verfasser der Veröffentlichung den Einwand machen, dass es sich um eine Remission bei der progressiven Paralyse handele; eine Entscheidung wäre erst nach längerer Beobachtung möglich gewesen.

Godet, R. „De la pseudoparalysie alcoolique dans ses rapports avec la paralysie générale“ (Rev. Suisse N. 4, 5) teilt fünf eigene Beobachtungen von alkoholischer Pseudoparalyse mit, aufgrund derer er folgende Differentialdiagnose aufstellt:

Der Tremor ist bei Alkoholismus frühzeitiger, stärker, verbreiteter als bei der Paralyse; Sprachstörung besteht bei Alkoholismus häufig als oberflächliches Articulieren, Häsitieren, Stottern, selten aphasische Störungen und Silbenstolpern; Pupillen-, Sehnen-, Hautreflexstörungen sind differentiell-diagnostisch nicht zu verwerten. Bei der Paralyse ist der Gang ataktisch bei erhaltener roher Kraft; schwankend, breitspurig und paretisch beim Alkoholiker, bei welchem E. A. R., Atrophie und Schwäche der Muskeln, zumal der Extensoren, der Triceps-, Cruralis-, Waden- und Zehenmuskulatur (peripherische Neuritis) die Regel ist.

Bei Alkoholismus kommen zur Beobachtung der Reihe nach Hyperästhesie in den untern Extremitäten, Formicationen, Anästhesien, lanzinierende Schmerzen, bei Paralyse sind, ausgenommen die aufsteigende Form, diese Symptome seltener. Sensorielle Störungen sind frühzeitig bei der Paralyse, Hyposmie bei Alkoholikern, ebenso Hallucinationen, die bei Paralyse spätzeitig sind.

Alkoholisten sind in der Initialperiode oft geistig stumpf, dann vertiert, verwirrt, Paralytiker mehr ausser Rand und Band (désordonnés) als unfähig, übermässig geistig regsam, ihr Grössenwahn ist plastischer als der absurde der Säufer.

Paralytiker haben oft Stimmungswechsel, sind sehr leicht umzustimmen; Alkoholiker nicht, sie verlieren leicht jeden Zug von Noblesse, sind nur Egoisten, ihnen ist der Wahn der ehelichen Untreue eigen.

Epileptiforme Krämpfe werden von Alkoholikern leichter überstanden.

Paralyse macht oft abendliche Temperatursteigerungen, Alkoholismus eher subnormale Temperaturen.

Paralyse hat progressiven, Alkoholismus eher regressiven Verlauf, selten Ausgang in psychische Schwäche und Marasmus. Sprachstörungen verschwinden bei Alkoholikern rasch, bei Paralytikern auch in den Remissionen nicht ganz.

Pathologisch-anatomisch ist Alkoholismus durch das Fehlen der Periencephalitis ausgezeichnet.

Alkoholismus giebt nach *Godet* sogar wegen der Gemütsabstumpfung eine Immunität gegen Paralyse, welche in Ländern, wie Norwegen, Irland, mit stärkerem Alkoholmissbrauch selten ist.

Sinnestäuschungen sind bei Alkoholismus sehr viel häufiger als bei der Paralyse, bei der sie so selten sind, dass man früher bisweilen ihr Vorkommen vollständig bezweifelt hat. Die überwiegende Mehrzahl verläuft ohne sie, aber es ist nicht zu bestreiten, dass ausgeprägte Trugwahrnehmungen aller Sinne gelegentlich beobachtet werden. In einzelnen

Fällen treten Gehörstäuschungen so in Vordergrund, dass diese Krankheit im hohen Grade dem Wahnsinn der Trinker und Cocainisten gleichen kann. Bisweilen hört man die Patienten mit verstellter Stimme auf ihre eignen Aeusserungen antworten, so dass ein Zwiegespräch mit einer eingebildeten Person zustande kommt, ohne dass es sich jedoch um wirkliche Gehörstäuschungen handelt, vielmehr werden hier laut Rede und Gegenrede von Kranken vorgebracht, während es bei den Unterhaltungen mit Stimmen entweder ganz stumm hergeht oder doch nur die Erwiderungen der Kranken auf ihre hallucinatorischen Wahrnehmungen den Hörern zugänglich sind (*Kräpelin*).

Die Erkennung des Delirium tremens bietet gewöhnlich keine Schwierigkeit. Immerhin können gewisse akut auftretende paralytische Aufregungszustände besonders bei voraufgegangenem stärkeren Alkoholgenuss, aber auch ohne solchen zu diagnostischen Zweifeln Anlass geben, wenn man nicht die Entwicklung des ganzen Krankheitsbildes, die grössere Verwirrtheit und Schwäche des Paralytikers, sowie die sonstigen Anzeichen dieses Leidens berücksichtigt.

Zu Gunsten einer Pseudoparalysis alcoholica spricht in einem sonst zweifelhaften Falle immer das Fehlen der Lichtstarre der Pupillen, der häsitierenden Sprache, der für den Paralytiker so typischen Urteilsschwäche in bezug auf den Gesamtkomplex der Ichvorstellungen, die beim Alkoholiker bis zur Egocentricität ausgeprägt sein können. Diagnostisch eigenartig ist der zuweilen geradezu akute Ausbruch dieser Pseudoparalysen, der subakute, meist nur einige Wochen dauernde Verlauf, die Hochgradigkeit und Universalität des Tremor, der intensive Kopfschmerz im Beginn der Krankheit, und im Verlauf der psychische Betäubungszustand, die Neuritis der untern Extremitäten, die Häufigkeit der epileptischen Anfälle, Seltenheit des Grössenwahns, der dann auch systematischer ist und die Art der Sprachstörung, welche sich meist auf Glosso- und Labialataxie

zu beschränken pflegt und Silbenstolpern vermissen lässt (*von Krafft-Ebing*). Derselbe Autor giebt uns eine Erklärung für diese Vorgänge: Der Alkoholmissbrauch führt zu einer anatomischen Veränderung der Gefässe und damit zur Durchlässigkeit derselben, wobei unter dem Einflusse von Alkoholexzessen und dadurch provozierten Fluxionen es wirklich zu Transsudationen aus der Gefässbahn in adventitielle Räume, weiter zu Lymphstauungen, also der gemeinen Paralyse analogen Veränderungen kommt. Diese sind aber, solange nicht Druckatrophieen der Nervenelemente und Proliferationsvorgänge im interstitiellen Gewebe als Folgewirkung eingetreten sind, eines Ausgleiches fähig und so dürfte es sich erklären, dass es an Paralyse erinnernde Krankheitsbilder giebt, die regressiv, nicht progressiv verlaufen, — die ganz zur restitutio ad integrum führen können oder bei denen Heilung mit kleineren oder grösseren Defekt erfolgt.

Absinth.

Eine grosse Verwandtschaft mit dem Alkohol in seiner Wirkung auf den menschlichen Organismus hat der Absinth, der ja in Frankreich in Likören überaus verbreitet ist. *Cadéac* und *Meunier* (contribution à l'étude de la liqueur d'absinthe), fanden im Absinth sechs Oele, welche sämtlich äusserst giftig sind, am giftigsten soll nach ihren Untersuchungen das Anisöl sein.

Gautier (Études cliniques sur l'absinthisme. Thèse de Paris 1882, Archives de neurologie) beschreibt die Absinthwirkung folgendermassen: L'absinthe provoque une série de désordres qui tantôt ressemblent à ceux d'alcoolisme, tantôt en différant soit par leur intensité soit même par leur nature.

La plupart des malades d'hôpital prennent l'habitude de l'absinthe à Paris ou en Algérie et les individus originaires des départements du nord y sont plus sujets. Tous les symptômes de l'absinthisme sont plus ou moins directement sous l'influence du système nerveux.

Le caractère des absinthiques offre une remarquable impressionabilité et une grande variabilité.

Ils ont plus souvent que les alcooliques des hallucinations de la vue ou de l'ouïe. Le délire absinthique ne diffère pas du délire alcoolique. Les symptômes les plus caractéristiques de l'absinthisme sont les phénomènes douloureux, soit spontanés soit provoqués. L'hyperesthésie occupe particulièrement les extrémités, la région ovarienne, le rachis, le plus souvent les douleurs périphériques sont symétriques.

Plus souvent que l'alcoolisme l'absinthisme détermine un affaiblissement des membres, pouvant aller jusqu'à une vraie paralysie.

Les troubles moteurs et sensitifs des extrémités sont remarquables par leur symétrie et leur marche ascendante vers la racine des membres. Les convulsions généralisés sont une symptôme de l'absinthisme aiguë; on ne les observe dans l'absinthisme chronique, que sous l'influence d'une episode aiguë ou en conséquence d'une lésion cérébrale. Les troubles digestifs sont analogues à ceux de l'alcoolisme, mais moins prononcés.

Les désirs et la puissance génitale sont chez l'homme rapidement et profondement promis. Chez la femme l'absinthisme parait rendre la ménopause plus précoce et prédisposer à l'avortement et à la mort des enfants en bas âge.

Voisin (traité de la paralysie générale des aliénés) sagt:

„Die Absinthtrinker befinden sich im höchsten Grade der Verdummung und Vertierung, bei ihnen ist der ausgebildetste tiefste Blödsinn vorhanden.“

Dagonet (les maladies mentales):

„On s'est demandé, si l'absinthe avait une propriété spéciale pour déterminer les convulsions.

Des nuances symptomatiques tres accusées, dit *Marcé*, séparent l'intoxication alcoolique simple de l'intoxication à l'aide de la liqueur d'absinthe. Chez eux qui font abus de ce dernier poison, on voit prédominer la stupeur, l'hébétude,

les hallucinations terrifiantes et l'affaissement intellectuel arrive avec une extrême rapidité."

Vigouroux, Paralysie alcoolique chez les aliénés (Gaz. hôpit. de 1893) teilt drei Fälle von alkoholischer Pseudoparalyse bei männlichen Absinthtrinkern mit.

Blei.

Die saturnine Pseudoparalyse ist in ihren Endstadien kaum von der progressiven Paralyse zu unterscheiden, so dass *Vallon* zu dem falschen Schluss kommen konnte, sie sei keine Krankheit für sich, sondern ein Uebergang zur echten Paralyse.

Die Verwechselung ist auch deshalb um so leichter, als sich schon im Anfangsstadium corticale (aphasische und coordinatorische in Form von Silbenstolpern) Sprachstörungen finden können.

Makroskopisch und mikroskopisch hat der pathologisch-anatomische Befund ebenfalls Aehnlichkeit mit der echten Paralyse; es lässt sich jedoch nach chronischer Bleivergiftung ziemlich viel Blei im Centralnervensystem nachweisen, das Nervensystem hat eine grosse chemische Affinität zum Blei.

Für den saturninen Charakter spricht nächst der durch Anamnese nachgewiesenen Aetiologie der erdfarbene Gesichtsausdruck (teint terreux), die schiefergraue Verfärbung des Zahnfleisches, Bleisaum, plötzliches Einsetzen unter toxischen Erscheinungen, rapider Anstieg zur Krankheitshöhe, Störung der Intelligenz, welche nicht die schwere Bewusstseinsstörung des Paralytikers darstellt, vielmehr als geistige Behinderung, denn als Defekt, mehr als Summationseffekt sensorischer Ausfallserscheinungen denn als allseitiger Verlust der Corticalfunktion bis zum Untergang der Bewusstseinskategorieen von Zeit und Raum sich ausweist.

(*von Krafft-Ebing*), Die allgemeine progressive Paralyse, IX. Band, II. Teil von *Nothnagels* spezielle Pathologie und Therapie).

Kräpelin, Verwirrte expansive oder depressive Aufregungszustände expansiver oder depressiver Natur mit Sinnestäuschungen, die nicht selten mit stuporösen oder comatösen bisweilen sehr schweren Zufällen abwechseln und von epileptischen Krämpfen begleitet sind.

Wickham (Observation d'intoxication saturnine. Union med. Nr. 80) veröffentlicht einen Fall einer von *Charcot* für Paralyse gehaltenen Geistesstörung mit Tremor bei einem entschieden bleikranken Maler, der häufig einen Pinsel mit Bleiweiss in den Mund nahm.

Camuset, Saturnisme chronique simulant démence paralytique. (Annal. med. psych. Sept. 1882).

Quecksilber.

Die spezifische Wirkung des Quecksilbers auf das Nervensystem äussert sich in erhöhter Reizbarkeit, Schreckhaftigkeit, Verlegenheit, Verwirrtheit, Sinnestäuschungen, ängstlichen Träumen, Schlaflosigkeit. Auf dieser Grundlage entwickeln sich weitere psychische Störungen, Aufregungszustände oder allmähliche Abnahme aller psychischen Leistungen, Schwäche des Gedächtnisses und Urteils; Apathie (*Kräpelin*).

Syphilis.

Bei der Differenzialdiagnose zwischen Syphilis und Dementia paralytica spricht für Lues nach Umständen das Alter, das Bestehen von Lues-Symptomen, dolores osteocopi, regiönare Analgesien; regelloser Wechsel der Symptomenreihen und Zustandsbilder, Auftreten der Symptome in bunter und ungewöhnlicher Kombination. Ganz besonders wichtig ist die Kombination von diffusen und herdartigen Ausfallserscheinungen, unter letzteren Lähmungen des Oculomotorius (besonders Ptosis und paralytische Mydriasis); Abducenzlähmungen.

Heubner hebt eigentümliche Zustände von Bewusstseinsstörung (Somnolenz bis Coma), besonders aber solche von

rauschartiger Verwirrtheit, hervor, die teils im Anschluss an psychische Insulte (furibunde Manie, hallucinatorische Delirien schreckhaften Inhaltes mit heftiger Angst) oder an somatische (apoplectiforme und epileptiforme Anfälle) teils auch als freistehende vorkommen und Tage bis Wochen dauern.

Aus diesen bei Gehirnlues allerdings häufig zu beobachtenden und eigentümlichen Episoden ist der Kranke momentan erweckbar und kommt, einem schlaftrunkenen Gesunden gleichend, vorübergehend zu sich; ob aus den psychischen Symptomen allein die differentielle Diagnose möglich ist, mag dahingestellt bleiben. Wichtig ist die Wirkung einer antiluetischen Behandlung.

Erlenmeyer betont die Partialität der psychischen Defekte bei Lues, z. B. den völligen Verlust der Fähigkeit zu rechnen, eine früher geläufige Sprache zu sprechen.

Auch *Schüler* findet diesen syphilitischen Blödsinn eigenartig, insofern er sich auffällig rasch entwickelt, neben der allgemeinen geistigen Schwäche bemerkenswerte Partialität der geistigen Defekte aufweist, endlich, indem diese partiellen Ausfallssymptome sehr wechselnd sind (*von Krafft-Ebing*).

Foville (Annal. med. psych. 1883) veröffentlicht einen Fall von syphilitischer Pseudoparalyse und kommt zu folgendem Resultat: „que les symptômes psychiques et somatiques de la paralysie générale persistent dans certains cas une année et plus sans être liés aux lésions de periencephalite chronique et qu'ils peuvent s'expliquer alors par de simples troubles circulatoires."

Einen zweiten Fall veröffentlichten *Ramadier* und *Barazer*, Syphilis cérébrale chez un héréditaire dégénéré. Lésions méningitiques prédominantes avec néoplasmes multiples. Signes differentiels avec la paralysie générale (Ann. med. psych. 1889).

Intra vitam war die Diagnose auf Paralyse gestellt.

In der Differentialdiagnose wird Gewicht gelegt auf die Abwesenheit des Verfalls der geistigen Fähigkeiten und der

Demenz bei der Syphilis, ferner auf das Vorkommen der Aphasie, auf das Entstehen und Wiederverschwinden der Pupillenungleichheit und Bewegungsstörungen der Iris.

Nach *Fournier* sind die Ideen von Grösse und Reichtum bei der Syphilis seltener (Les pseudoparalysies générales d'origine syphilitique).

Klippel, Les pseudoparalysies générales neuritiques (Gaz. hebd. Nr. 5) ist der Ansicht, dass die syphilitischen und arthritischen Pseudoparalysen auf diffusen oder multiplen Läsionen vornehmlich des Gehirns beruhen, während die toxischen (alkoholische, saturnine) Pseudoparalysen Wesen und Begründung fänden in Veränderungen des peripherischen Nervensystems. Syphilitische Herderkrankungen, zumal wenn ihnen ausgebreitete gummöse meningitische Prozesse entsprechen, sind kaum von akut einsetzenden und galoppierend verlaufenden Paralysen zu unterscheiden, doch kann genauste Beobachtung des Krankheitsverlaufes und etwaiger Einfluss antisyphilitischer Behandlung die Differentialdiagnose sichern, zugleich spricht Intaktsein der innern Augenmuskeln, also Fehlen von Störungen der Pupillenreaktion oder einseitige Pupillenstörung (gleichzeitige Schädigung der Licht- und Accommotationsreaktion) eher für Hirnlues. (*Emminghaus,* Virchow-Hirsch) 1894, II.

Brom.

Zulange fortgesetzte Anwendung von Brom kann Stupor bis zu tiefer Demenz erzeugen, eine lallende Sprache, amnestische Aphasie, erschwertes Ansprechen der Mundmuskulatur, fibrilläre Zuckungen der Zunge, taumelnden Gang; auf der Höhe der Vergiftung stellt sich die Bromacne ein, Foetor ex ore, Lippen- und Zungenbelag, gastrische Störungen, Bronchitis, Fehlen der Rachenreflexe, extreme Muskelschwäche bis zu Paresen führend, Sinken des Muskeltonus, Herzschwäche, unregelmässiger, rarer Puls. Wie bei den andern Intoxikationspsychosen, so tritt auch hier nach Entziehung des Giftes

nach 8—14 Tagen in der Regel Heilung ein, bisweilen sind die Resultate allerdings ungünstig, wie aus dem hinten angeführten Fall zu ersehen ist.

Klöpfel (Bromkalimissbrauch — Petersburger medizinische Wochenschrift) veröffentlicht einen Fall, in welchem der Kranke nach pfundweisem Bezug KBr ad libitum gebraucht hatte und Verlust des Gedächtnisses, psychische Schwäche, schwere Zunge, Reduktion der Hautsensibilität, Nachschleppen des einen Beines, Schwanken beim Schliessen der Augen, schmutziger Belag der geschwollenen Zunge, Deviatien der Uvula nach links, Pupillenerweiterung, Foetor ex ore, Pustelbildung auf Rumpf und Gesicht, zu konstatieren waren, Erscheinungen, die nach halbjähriger tonisierender Behandlung schwanden.

Voisin teilt einen Fall von Bromvergiftung mit, wo ein andrer Arzt die Diagnose Paralyse gestellt hatte; es bestand keine Pupillendifferenz, die ersten Erscheinungen traten sehr schnell auf.

Von englischen Autoren haben sich mit dieser Frage beschäftigt *Needham*, *Noble*, *Provis* (British medical Journal, Sept. 1873. Effects of brom of potassium).

Haschisch.

Die Haschischpsychose äussert sich in stupuröser Melancholie bis zum völligen Blödsinn.

Opium.

Die chronische Opiumvergiftung beschreibt *Hughes* (Psychoneuroses des mangeurs d'Opium, Méconisme ou papaverisme. Saint Louis. Ann. méd. psych. 1889).

Die Verdauung ist träge, der Geschlechtstrieb herabgesetzt. Somnolenz. Indifferenz gegen die wichtigsten Interessen des Berufes, Vernachlässigung der Familie. Euphorie. Reizbar und aufgeregt nur in der Abstinenzzeit, bis wieder Opium genossen wird. Es wirkt weniger wie Alkohol mo-

torische Unruhe. Die Intelligenz bleibt länger intakt, der körperliche Verfall geht ebenfalls langsamer als beim Alkoholismus.

Ebenso sind die nervösen Störungen geringer und vorübergehender. Die Restitutio ad integrum nach längerem Gebrauch ist leichter zu erzielen. Der Opiumraucher wird nie von selbst geheilt, sondern nur durch den Arzt.

Morphium.

Nach langem Gebrauch von Morphium wird das Gedächtnis schwach, die geistige Leistungsfähigkeit und schöpferische Arbeitskraft nehmen ab. Die Stimmung ist euphorisch, dann tritt einmal wieder ein Wechsel ein, nervöse Unruhe, Mutlosigkeit, Angstanfälle, bald darauf wieder sind die Patienten übermütig.

Der Charakter wird verdorben durch die Lügen und Listen, welche nötig sind, um sich das Gift heimlich zu verschaffen.

Der Schlaf leidet. Bei Tage zuweilen unbezwingliche Müdigkeit.

Paraesthesieen, Hyperaesthesien. Reflexe gesteigert, Bewegungen unsicher, bisweilen ataktisch, zitternd. Erschwerung der Sprache, Paresen in der Augenmuskulatur (Doppeltsehen, Accommodationsschwäche). Verstopfung, Durchfälle, Appetitlosigkeit, Heisshunger, Beschleunigung des Pulses, Ohrensausen, vasomotorische Störungen, Ohnmachten.

Libido sexualis nimmt ab, ebenso wie die Potenz.

Strambia sieht als charakteristisch an für Morphinismus die unwiderstehliche Sucht, sich zu ertränken, die Hydromanie, wie er die ganze Krankheit nennen will. — Diesem Zug werden wir bei der Pellagra wieder begegnen. — „A cette période de dépression succède bientôt une agitation plus ou moins intense, une excitation maniaque, avec prédominance d'idées de grandeur ou de nature religieuse et qui mène insensiblement à un état de démence paralytique“ (*Dagonet*).

Dr. *Birch-Hirschfeld* berichtet von einer Morphiumintoxikation (Kunze, Zeitschrift für praktische Medizin 1874, S. 234), bei der er anfangs wegen der Bewegungsstörungen Verdacht auf Paralyse hatte, einen andern Fall, in welchem Patient unter dem Bilde der Cerebralparalyse nach einem halben Jahre starb, im ganzen bespricht er drei Fälle, die für Paralyse hätten gehalten werden können.

Lewinstein protestiert dagegen, die Morphiumsucht unter die Intoxikationspsychosen zu rechnen, wie den Alkoholismus und Lathyrismus.

Sie unterscheide sich dadurch, dass letztere der Ausdruck materieller Veränderungen des Centralnervensystems sind, während das Morphium nur funktionelle Störungen hervorruft, ferner, dass psychische Beeinträchtigungen nach Alkohol, Blei, Arsen, Kohlenoxydvergiftungen Monate und Jahre dauern, die durch Morphium entstandenen schon nach Stunden ihr Ende erreichen.

Sie unterscheidet sich endlich von den wirklichen Seelenstörungen dadurch, dass letztere wie die Intoxikationspsychosen bei einmal ausgebrochener Erkrankung sich nicht in ihrem regelmässigem Laufe und ihrer gewöhnlichen Entwicklung aufhalten oder modifizieren lassen trotz Wegräumen aller Schädlichkeiten, welche die Psychose veranlasst hatten.

Auf der Höhe der Krankheit Westphalsches Zeichen; Zittern der Hände, der Zunge beim Herausstreken, Störungen der Articulation, Schlaflosigkeit. Bei kompliziertem Denken versagt die Fähigkeit. Ohnmachten.

Silbenstolpern, seltener Stammeln. Blasenlähmung. Retentio urinae. Impotenz. Amenorrhoe. Euphorie. Die Abstinenzerscheinungen treten einige Stunden nach der Injektion auf. Die Euphorie verliert sich, statt dessen Unruhe, Schwinden des Selbstgefühls, Depression, gesteigerte Reflexe, krampfhafte Zuckungen, Tremor manuum, Sprachstörungen (Lallen, Anstossen mit der Zunge) Häsitieren.

Doppeltsehen, accomadative Störungen. Hypersecretionen; Schwächegefühl, Kraftlosigkeit; abnorme Sensationen, Hallucinationen, Ohnmachten, epileptische Anfälle, vorzüglich bei weiblichen Patienten; Zitterkrämpfe der untern Extremitäten, Pupillendifferenzen, welche durch wechselnde Pupillenerweiterung und Verengung bedingt sind.

Cocain.

Beim Cocainismus schreitet der psychische Verfall weit rascher fort als beim Morphinismus und führt sehr bald zu hochgradiger Abschwächung der gesamten psychischen Leistungs- und Widerstandsfähigkeit.

Dauernde nervöse Erregung mit leichter Ideenflucht, völlige Unfähigkeit zu geistiger Beschäftigung. Willenlosigkeit, Abnahme des Gedächtnisses. Planlose Vielgeschäftigkeit. Redseligkeit, Weitschweifigkeit im mündlichen Verkehr, langatmige Briefe. Vernachlässigung der wichtigsten Berufsangelegenheiten, Unzuverlässigkeit, Vergesslichkeit. Unordentliche, kopflose Lebensführung. Nachlässiges Aeussere. Unaufhaltsamer Verfall der Berufsthätigkeit, der gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse. Stimmungswechsel, überschwengliches Wohlbefinden, grosse Reizbarkeit, geheime misstrauische Angst, Abstumpfung der moralischen Gefühle. Unempfindlichkeit gegen die nächstliegenden sittlichen Forderungen, schweres, körperliches Siechtum. Sinken des Körpergewichtes. Greisenhaftes Aussehen. Hautfarbe fahl. Gesichtszüge schlaff und ausdruckslos, müde. Gang unsicher. Gewisse körperliche Schwäche und Hinfälligkeit.

Reflexe gesteigert. Krampfartige Zuckungen. Lebhafte Muskelunruhe. Pupillen erweitert im Gegensatz zu Morphium, wo sie sehr eng sind. Zunge zittert. Puls beschleunigt. Ohnmachten. Potenz schwindet bei geschlechtlicher Aufregung. Schlaf gestört.

Cocainwahnsinn tritt sehr viel rascher ein wie der Alkoholwahnsinn. Verfolgungsideen, Eifersuchtswahn, Ge-

sichts- und Gehörstäuschungen. Steigerung der Erscheinungen nach jeder Einzelgabe.

Die meisten Cocainisten werden ja bekanntlich durch die Hoffnung sich von Morphium zu befreien, dem Cocain überliefert, eine Hoffnung, die sich als irrig herausgestellt hat, da sie das Morphium auch nicht entbehren können; sie werden schliesslich Morphiococainisten. Diese Doppelvergiftung erzeugt Krankheitsbilder, die noch weit mehr Aehnlichkeit mit der progressiven Paralyse bieten, als jede einzeln.

Atropin.

Die chronische Atropinvergiftung kann Zustände hervorbringen, die von der Paralyse nur durch die schnelle Heilung zu unterscheiden sind.

„L'intoxication lente obtenue par l'atropine, donnée à doses progressives, pourrait quelquefois croire à une paralysie générale au debut“ (*Voisin*).

Michéa fand nach Verabreichung von 1—10 Milligramm bei Epilepsie eine frappierende Analogie.

„Hesitation dans la parole, gêne dans l'articulation de certains mots, légère titubation, maladresse manuelle, légère anesthésie, apathie morale et obnubilation intellectuelle.“

Nicotin.

Das Tabakkauen der Seeleute, sowie der übermässige Genuss des Nicotins in andrer Form, kann schwere, nervöse Störungen hervorrufen; er spielt unter den ätiologischen Momenten der echten Paralyse eine Rolle, kann aber auch eine eigenartige Psychose erzeugen, welche im Beginn mit depressiver, später expansiver Verstimmung einhergeht, schliesslich aber zu allgemeiner Verblödung führt.

Hanf.

Aehnliche Erfahrungen teilt *Tull Wash* mit über den Genuss (Rauchen, Essen) von Hanfpräparaten in Bengalen.

Chloroform.

Ueber Chloroformismus finden wir eine Beschreibung in der Wiener medizinischen Presse von Dr. *Wilhelm Svedlin*. Der Chloroformismus macht ähnliche Erscheinungen wie der Alkoholismus., nur mit dem Unterschied, dass die Demenz viel allmählicher eintritt, ohne dass ein Delirium voraufgeht. Ein Patient verbrauchte in zwei Monaten 8 kg Chloroform.

Antipyrin.

Ueber eine schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde berichtet *Tuczek* (Berliner klinische Wochenschrift 1889, Nr. 17): Vierjähriges Kind an Keuchhusten erkrankt. 3×4 Dezigramm Antipyrin pro die. Epileptische Anfälle. Greifbewegungen ataktisch, Sprache langsam, skandierend. Häufiges Versprechen. Andeutungen von Silbenstolpern. In der Reconvalescenz leichte Demenz. Bettnässen. Zuckungen um die Mundwinkel, überhaupt motorische Reizerscheinungen. Pat. verkennt die Gegenstände, versteht eine Schachtel nicht mehr zu öffnen. Baldiger Rückgang dieser Erscheinungen.

Sulfonal.

Vor Sulfonal in grossen Dosen warnt *Marandon de Montyel* (Ann. méd. psych. 25, mars 1889), weil es Intoxikationserscheinungen hervorruft: Demenz und Lähmungen, Schwindel, rauschartige Zustände, Schwanken, Ungeschicklichkeit in den Händen, Schwäche in den Beinen, so dass sich Patienten kaum aufrecht halten können.

Schulz (Chronische Sulfonalvergiftung, Neurologisches Centralblatt 1896) beobachtete bei chronischem Sulfonalgebrauch folgende Symptome:

Obstipation, Leibschmerzen, Aufstossen, Erbrechen (grün), vermehrte Pulsfrequenz, taumelnder Gang, Ataxie, klonische Krämpfe, Schwäche der Extremitäten, Ptosis (einseitig), Paraesthesien, Anaesthesien, Abschwächung oder Aufhebung der Patellarreflexe.

Schedtler (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. L) beobachtete Schläfrigkeit, Blässe, Uebelkeit, Erbrechen, taumelnden Gang, Diarrhoen. deliriöse Verworrenheit, schwere epileptische Anfälle mit Collaps.

Kohlenoxyd.

Die Kohlenoxydvergiftung bewirkt im Gehirn eine Hyperämie und Blutungen mit Erweichungsherden, psychische Reizungen, ängstliche oder ekstatische Aufregungszustände, denen Erscheinungen der Lähmung folgen. Eine gewisse Verworrenheit und Schwäche pflegt die Vergiftung zu überdauern, ja es kommt sogar bleibender Blödsinn zu Stande.

Bourdon (Thesè de Paris 1843. Des paralysies consécutives à l'intoxication par la vapeur de charbon Ann. méd. psych. Séance 25. II. 89) und *M. Raffegeau*: Note sur un cas de démence consécutive à l'intoxication oxycarbonnée.

Raffegeau berichtet über einen Fall von Kohlenoxydvergiftung durch die Dünste eines eisernen Ofens.

Ein Ehepaar ist dadurch vergiftet worden. Beim Mann ist zu konstatieren Bewusstlosigkeit, Herabsetzung der Intelligenz. Unreinlichkeit, indezentes Benehmen. Er vegetierte nur noch, musste sich leiten lassen wie ein Kind. Demenz. Grössenideen. Träge Reaktion der Pupillen auf Accomodation. Amblyopie. Neuritis nervi optici. Nach sieben Wochen Entlassung, im wesentlichen Heilung. Die Frau ist zwei Tage bewusstlos. Nach acht Tagen Häsitieren der Sprache. Am 26. Tage folgender Befund: Somnolenz. Apathie. Steifigkeit der Glieder. Myosis, irrer Blick („vague et fixe"). Incontinentia alvi, retentio urinae. 45 Tage nach der Vergiftung Bronchopneumonie, Exitus letalis. Autopsie; neben andern Läsionen des Gehirns: Erweichungsherde ohne die geringste Spur von Verlagerung der Gefässe.

Schwefelkohlenstoff.

Maas (Ueber Schwefelkohlenstoffvergiftung. Diss. Berlin) beschreibt einen Fall von Vergiftung bei einem

Gummiarbeiter, charakterisiert durch Kopfschmerz, Schlaflosigkeit, schreckhafte Träume, Tremor, Erregbarkeit, deprimierte Stimmung, Schwächung des Gedächtnisses.

Bruce (Chronic poisoning by bisulfide of carbon. Edinb. med. Journ. May 1884). Drei Fälle aus einer Kautschukfabrik: Uebelkeit, Aufstossen, Erbrechen, Unfähigkeit, den Harn längere Zeit zu halten. Brennen beim Entleeren. Schwäche, Kopfschmerz, Lähmungs-, Kälte-, Betäubungsgefühl in den Extremitäten, Lumbalschmerzen. Partieller oder totaler Gedächtnisschwund. Impotenz. Träume, krampfhafte Muskelkontraktionen. Muskelatrophie, Schwund des Panniculus adiposus. Fehlen der Haut- und Sehnenreflexe, Patellarreflexe. Sensibilität erhalten. Sehstörungen.

Delpleche (Nouvelles recherches sur l'intoxication spéciale par le sulfure de carbone. Annales d'hygiène 1863).

Schwefelwasserstoff.

Nach *Hirt* soll Schwefelwasserstoff ähnliche Erscheinungen machen.

Arsen. Terpentin.

Nach *Lancereau* können auch Arsen- und Terpentinintoxikationen Pseudoparalysen hervorrufen (Annal. méd. psych. 1883), eine Beobachtung, die von *Obersteiner* bestritten wird.

Scolozuboff (Archives de physiologie normale et pathologique 1884) berichtet über zahlreiche Symptome von seiten des Rückenmarkes (namentlich Lähmungen und Atrophieen, sensorische Störungen) bei russischen Arsenessern, betont aber, dass in allen Fällen die Psyche vollkommen intakt gewesen sei.

Pellagra.

Die von *Baillarger* gegebene Schilderung der pellagrösen und allgemeinen progressiven Paralyse, (Analogies des symptômes de la paralysie générale et de la paralysie générale

pellagreuse. Ann. méd. psych., mars 1887) lässt es als ziemlich sicher erscheinen, dass in gewissen Fällen grosse, wenn nicht völlige Uebereinstimmung herrscht und zuverlässige Momente für die Differentialdiagnose überhaupt fehlen. Sehr häufig findet man bei Pellagrösen die Neigung sich zu ertränken, die wir als charakteristisch schon für den Morphinismus bezeichnet gefunden haben. Unter den ätiologischen Momenten ist für beide Paralysen zu nennen schlechte Ernährung, starke Anstrengnng, Exzesse, namentlich in Baccho.

Bei der pellagrösen Paralyse gehen den psychischen Symptomen somatische, in erster Linie motorische, oft voran, besonders Tremor, unsicherer Gang, Parese der untern Extremitäten. Auch die Sprache kann beeinträchtigt sein. In spätern Stadien stellt sich Blödsinn nebst Lähmungen ein. Grössenideen sind ausschliesslich bei der allgemeinen Paralyse. Sprachstörungen gehören ebenfalls nicht zu den regelmässigen Symptomen der pellagrösen Paralyse; bezüglich der sonstigen motorischen Anomalien scheint bei beiden Formen kein Unterschied.

Noch komplizierter wird die Sachlage dadurch, dass *Baillarger* Mischfälle von beiden Paralysen annimmt. Von grosser Wichtigkeit ist das Verhalten des Kniephänomens, worauf *Tuczek* hingewiesen hat.

Wenn bei schwachsinnig gewordenen pellagrösen Geisteskranken eine gewisse Euphorie Platz gegriffen hat, so kann man flüchtig an Dementia paralytica erinnert werden, zumal wenn diese Erscheinung besonders stark ausgeprägt ist.

Der Gang ist einfach paralytisch, nie ataktisch· Muskelschwäche. Tremor der obern Extremitäten, Kopf, Zunge. Einseitige Ptosis. Idiomuskuläre Zuckungen.

Tastsinn intakt. Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt. Paraesthesien. Sehschwäche. Hemeralopie. Diplopie. Träge Pupillenreaktion. Myosis. Sehnenreflexe gesteigert. Dorsalklonus. Differenzen im Kniephänomen. Centraktion der Hautgefässe. Blässe. Später Vasoparalyse. Oedeme.

Nicht selten treten die subjektiven Symptome so in den Vordergrund, dass man an eine funktionelle Neurose denken kann.

Wo die Psychose im Vordergrund steht, ist besonders das Verhalten der Sehnenreflexe zu beobachten. Die Psychose selbst kennzeichnet sich in vielen Fällen als eine toxische durch die begleitende Bewusstseinstrübung und geringe Neigung zur Progressivität. In den Fällen, wo die Psychose nicht in Dementia paralytica übergeht, ist das Fehlen von Sprachstörungen und der nichtprogressive Verlauf für die Diagnose von Bedeutung (*Tuczek*).

Ergotin.

Eine grosse Aehnlichkeit mit dem pellagrösen Krankheitsbild hat das des Ergotismus (Mutterkornvergiftung):

1) die toxische Schädlichkeit,
2) das Stadium vorwiegender Magendarmerscheinungen,
3) Cerebrospinale Störungen,
4) Langes Siechtum, Kachexie,
5) Psychisches Verhalten der stuporösen Form der Melancholie,
6) Tiefes Krankheitsgefühl,
7) Sensorische, motorische, vasomotorische, trophische Störungen. Verhalten der Sehnenreflexe.

Dagegen sind beim Ergotismus nur die Hinterstränge erkrankt, bei der Pellagra hauptsächlich die Seitenstränge, so dass der Ergotismus grosse Aehnlichkeit mit der tabischen Form der Dementia paralytica besitzen kann.

In einigen Fällen wurden beobachtet Paraesthesien (Kriebeln, Ameisenhaufen), blitzartige Schmerzen, Gürtelgefühl, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, Schwanken beim Stehen mit geschlossenen Augen. Ataxie. Demenz, Euphorie, Silbenstolpern, epileptische Anfälle.

Von der Dementia paralytica unterscheidet sich der Ergotismus häufig durch das Fehlen der Grössenideen und

der Sensibilitätsstörungen, und vor allem durch das Vorhandensein des Krankheitsbewusstseins.

So befriedigend der Befund im Rückenmark ist, so vollständig lässt die Untersuchung des Gehirns zur Erklärung der cerebralen Symptome in gleicher Weise wie bei Pellagra im Stich.

Tuczek: Die Veränderungen im Centralnervensystem, speziell in den Hintersträngen des Rückenmarkes bei Ergotismus. Archiv für Psychiatrie, Bd. XIII, Heft 1).

Diabetes.

Laudenheimer: „Paralytische Geistesstörung infolge von Zuckerkrankheit (Diabetische Pseudoparalysen). Archiv für Psychiatrie 1897, II“ teilt drei Fälle von diabetischen Pseudoparalysen mit, von denen besonders der letzte von grossem Interesse ist, da er sehr genau beobachtet ist, sehr klare Verhältnisse bietet — Lues, Alkoholismus sind mit Sicherheit auszuschliessen — und durch antidiabetische Behandlung zugleich mit dem Zucker im Urin sämtliche paralysenähnlichen Erscheinungen verschwanden.

Krankengeschichten.

In Folgendem habe ich eine Reihe von Krankengeschichten aus der Irrenheilanstalt Marburg und eine aus dem Landeshospital Merxhausen zusammengestellt, um die bald geringere, bald grössere Aehnlichkeit einiger Intoxicationspsychosen mit der progressiven Paralyse zu illustrieren. Unter ihnen sind einige, bei denen Jahre lang die Diagnose „Progressive Paralyse aufrecht erhalten werden musste, bis doch schliesslich das Fehlen des progressiven Characters oder der Ausgang in Heilung,diese Diagnose unhaltbar machte.

Es kommt wohl auch einmal vor, wie ebenfalls aus diesen Beispielen zu ersehen ist, dass die völlige Heilung ausgeblieben ist, nur Besserung zu konstatieren war, ja sogar die Erkrankung zum Exitus letalis führte, doch sind diese Fälle, in denen nicht mit absoluter Schärfe die Diagnose intra vitam zu stellen ist, selten.

Kranken-Geschichten

der

Irrenheilanstalt Marburg.

I.

Aetiologie: Trauma, Alkohol.

Gehstörungen. Störungen in Sprache und Schrift. Pupillendifferenz. Träge Reaktion der linken Pupille. Innervationsstörungen im Facialisgebiet. Differenz des Kniephänomens bis zum völligen Erlöschen einerseits. Romberg'sches Symptom. Tremor an Kopf und Extremitäten. Hyperaesthesien, Hypaesthesien. Abnahme des Gehörsinns. Kopfschmerzen. Schwindel. Flimmern vor den Augen. Präcordialangst; Stimmungsanomalien, Wahnvorstellungen, Verwirrtheit. Stimmenhören. Gemütsstumpfheit. Intellektuelle und ethische Defekte. Gedächtnisschwäche. Epileptoide Dämmerzustände mit Erinnerungsdefekten. Restitution. Recidive.

J. C. aus K., 46 J., Fabrikarbeiter.

1. Aufnahme 30. VIII. 92, Entlassung 1. IV. 93,
2. „ 9. X. 93, „ 4. II. 94,
3. „ 21. VI. 94, „ 31. VII. 94,
4. „ 21. III. 97.

Patient ist verheiratet, hat sechs Kinder. Keine erbliche Belastung. Im 4. Lebensjahre Gehirnentzündung, die er ohne bleibenden Nachteile überstand.

Beim Militär zog er sich viele entehrende Strafen zu. 1881 Sittlichkeitsverbrechen an einem 15jährigen Mädchen. Nach Abbüssung der Strafe für dieses Vergehen scheint er einen ordentlichen Lebenswandel geführt und seine Familie anständig ernährt zu haben.

Da erlitt er im Jahre 1891 durch einen Fall von einer Treppe eine heftige Gehirnerschütterung, die von langandauernder Bewusstlosigkeit gefolgt wurde und ein mehrere Wochen dauerndes Krankenlager nach sich zog. Seit diesem Fall trat eine deutliche Veränderung seines körperlichen und seelischen Zustandes auf.

Während er in den letzten Jahren ein tüchtiger und geschickter Arbeiter war, fing er nun an zu trinken, hauptsächlich Schnaps; ver-

nachlässigte seine Familie, hatte keine Lust und keine Befähigung zur Arbeit, trieb sich vielmehr in den Wirtshäusern umher. Zu diesen Erscheinungen ethischer Depravation gesellten sich auch bald mannichfache nervöse und psychische Störungen. Kopfschmerzen, Flimmern vor den Augen traten auf. Der Gang wurde unsicher, es trat Gedächtnisschwäche ein. Alkohol wurde schlechter vertragen. Schon geringe Exzesse hatten mehrere Tage dauernde, anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Folge. Auch das Gemüt war in hohem Grade beteiligt. Es entwickelte sich eine andauernde gemütliche Verstimmung und eine grosse Reizbarkeit. Pat. konnte sich nicht mehr recht freuen.

Bisweilen litt er an heftiger Praecordialangst. Er zeigte einen auffallenden Wechsel der Affekte, lachte und weinte oft in einem Atem. In der letzten Zeit vor seiner ersten Aufnahme hier, traten dann auch noch Zustände von Verwirrtheit auf, in denen Cl. zwecklose Handlungen beging, z. B. die Möbel mit Wasser begoss. Für diese Zustände blieb eine Erinnerung in dem Kranken nicht zurück. Am 27. VIII. wurde er in das Kasseler Landkrankenhaus gebracht, von da mit der Diagnose Dementia paralytica in die Irrenheilanstalt Marburg überführt 30. VIII. 92.

Während seines ersten Aufenthaltes hier und auch nachher während des zweiten bot Cl. Erscheinungen dar, die auf eine schwere Erschöpfung des Centralnervensystems hinwiesen und an eine organische Erkrankung desselben denken liessen. Neben mannichfachen Innervationsstörungen wie Zittern, Pupillendifferenzen, Facialisdifferenzen, Verschiedenheit in der Stärke des Kniephänomens bis zum vollständigen Erlöschen auf einer Seite, Störungen der Sprache und Schrift, machte sich auch auf psychischem Gebiet eine grosse Gemütsstumpfheit, Mangel an Arbeitslust und eine grosse Gedächtnisschwäche geltend. Beide Mal wurde durch einen mehrmonatlichen Aufenthalt in der Anstalt eine bedeutende Besserung erzielt, die aber bei dem verfrühten Abholen des Kranken durch seine Frau beim zweiten Male allerdings nicht so weit vorgeschritten war wie beim ersten Male. Nach der Entlassung fand Pat. Beschäftigung in einer Weberei. Anfänglich ging es mit der Arbeit ganz gut; er konnte seinen Posten in der Fabrik ausfüllen, der an Geschicklichkeit und Zuverlässigkeit des Arbeiters ziemlich hohe Anforderungen stellte.

Nur zu bald wieder trat ein Nachlass der Kräfte ein; Mitte April stellte er die Arbeit ein und begab sich in ärztliche Behandlung. Nach dem Gutachten des behandelnden Arztes litt Cl. damals an Melancholie und nervösen Störungen, Praecordinalangst höchsten Grades. Schneller Stimmungswechsel. Lachen und Weinen folgten sich unmittelbar. Dabei bestand Muskel- und Gelenkrheumatismus an den obern und untern Extremitäten, Bronchialkatarrh mit Fieber und Auswurf. Mit Rücksicht

auf diese fieberhafte Erkrankung wurde eine Ueberführung nach Marburg hinausgeschoben.

Wahnvorstellungen über seine Person und seine Beziehungen nach aussenhin. Die Kräfte hatten ziemlich bedeutend abgenommen. Dabei wechselnde Reizbarkeit des Gesamtnervensystems, Lichte Zwischenräume waren vorhanden. Die Bewegungsfähigkeit war an sich und durch Schmerzen im Kniegelenk herabgesetzt. Die Empfindungsthätigkeit schien häufig gesteigert. Es bestanden Hyperaesthesien auf den verschiedensten Gebieten. Gehörsinn hat abgenommen. Stimmenhören vorhanden. Er hörte oft die Stimme eines längstverstorbenen Kindes. Sprache verlangsamt. Beweglichkeit der Zunge herabgesetzt. Verdauung herabgesetzt.

Während der ärztlichen Untersuchung war Patient ruhig, still, in sich gekehrt, schwermütig, gleichgültig gegen die Umgebung, beschränkt. Verfolgungswahn.

In die Zeit dieser gemütlichen Verstimmung fiel ein zweites Sittlichkeitsverbrechen an einem neun- und einem zehnjährigen Mädchen am 16. Mai.

Zur Beobachtung seines Zustandes wurde er in die Marburger Irrenheilanstalt gebracht, er blieb dort vom 21. VI. 94 bis 31. VII. 94.

Die Psychose, die sich diesmal sehr viel schneller als die beiden vorhergehenden Male entwickelt hatte, glich im allgemeinen den vorauf-gegangenen. Ebenso waren die somatischen Symptome nicht wesentlich andre geworden, so dass ein progressiver Charakter auszuschliessen war.

Die in den ersten Tagen angestellte Untersuchung ergab: Ziemlich grosser, kräftiger Mann. Muskulatur gut entwickelt, ebenso Panniculus adiposus. Schädelumfang 58 cm. Linke Pupille $>$ rechte. Reaktion auf Licht links träger. Augenbewegungen frei. Linke Nasolabialfalte in der Ruhe etwas flacher, als die rechte. Auch beim Sprechen und bei mimischen Gesichtsbewegungen bleibt der linke Facialis ein wenig zurück. Zunge gerade herausgestreckt, zittert ein wenig.

Patellarreflexe beiderseits gleich und von normaler Stärke (zum Unterschied gegen früher, wo sie nur schwach und mit Jendrassik auszulösen waren) Achillessehnenphänomen sehr schwach. Hautreflexe normal. Schmerzenempfindlichkeit überall bedeutend herabgesetzt, besonders an den untern Extremitäten. Hier werden auch tiefe Nadelstiche nur als Berührung angegeben.

Die Berührungsempfindlichkeit scheint intakt. Berührungen mit einem feinen Pinsel werden überall als solche empfunden, und auch richtig lokalisiert. Knopf und Spitze einer Nadel unterschieden. Berührungsstellen hinreichend gekennzeichnet. Temperatursinn intakt. Prüfung mit Tasterzirkel widersprechende Resultate. Idiomuskuläre Er-

regbarkeit sehr lebhaft. Starker Tremor des Kopfes und der Extremitäten, während der Untersuchung zunehmend. Gang breitspurig, unsicher, schwankend. Bei Augenschluss deutliches Romberg'sches Symptom.

Beim Kniehackenversuch treten ausser dem stets bestehenden Tremor noch ausgiebigere ruckweise Bewegungen auf, welche die intendierten Bewegungen unterbrechen. Mit offenen Augen kann Cl. ohne Schwierigkeiten auf einen Stuhl steigen. Schliesst er bei diesen Versuchen die Augen, so gerät er in starkes Schwanken und droht umzufallen. Lässt man ihn bei geschlossenen Augen Wendungen ausführen, so gerät er ebenfalls in lebhaftes Schwanken, droht nach rechts herüberzufallen. Grobe motorische Kraft an beiden Extremitäten bedeutend herabgesetzt. Aktive und passive Bewegungen der Glieder überall frei. Sprache etwas häsitierend, bisweilen leicht skandierend.

Beim Nachsprechen der Paradigmata ist kein deutliches Silbenstolpern bemerkbar. An der Stirn zwei alte Narben, am Knochen nicht adhärent. Druck auf dieselben schmerzlos. Am Hinterkopf Narben nicht nachweisbar. Eine ungefähr 3-Markstück grosse Stelle an der Mitte des rechten Schenkels der Lambdanaht bei der Perkussion sehr schmerzhaft. Bei Druck auf diese Stelle klagt Cl. ebenfalls über Schmerzen, die bis in die Stirngegend ausstrahlen Keine Beschleunigung der Pulsfrequenz dabei zu konstatieren. Am Penis keine Narben. Puls 100, klein. Arterie weich, grade. Gesichtsfeldseinschränkung beiderseits nach oben. Schrift ist zitterig.

Subjektive Beschwerden: Kopfschmerzen. Mattigkeit. Oppressionsgefühl auf der Brust. Schwindel. Undeutliches Sehen, als ob ein Schleier vor den Augen wäre.

In den ersten Tagen machte Pat. einen sehr ermüdeten Eindruck, sprach wenig, mit leiser Stimme. Antwortet erst nach langem Besinnen und nach energischem Zureden des Arztes. Klagt über dumpfen Druck an der Stirn und Beklemmung in der Herzgegend. Puls dauernd beschleunigt, nimmt bei jeder Untersuchung zu.

Das Zittern des Kopfes nimmt ab. Schlaf und Appetit, die anfangs zu wünschen übrig liessen, besserten sich bald.

Bei der Exploration über sein Vergehen befragt, giebt er an, er wisse nichts davon, was sich nach genauer Untersuchung als richtig erweist.

Lues negatur. Prüfung der Intelligenz ergiebt keine wesentlichen Ausfallserscheinungen.

Sein Gedächtnis hat nach seiner Angabe abgenommen: „Die Dinge meiner Jugend weiss ich besser, als die der letzten Zeit. Es ist mir immer, als ob ich im Traume etwas erlebt hätte. Während der Untersuchung schläfrig. Seit längerer Zeit impotent. Im weitern Verlauf

der Krankheit zeigte sich Cl. stumpf, teilnahmlos. Aus einzelnen Aeusserungen geht das Gefühl einer völligen Hoffnungslosigkeit und eines sehr schweren Krankheitsbewusstseins hervor."

Auch diesmal besserte sich sein Zustand, doch nicht in dem Masse wie früher. Die anfangs beobachteten Symptome waren später auch noch zu konstatieren, als die Entlassung stattfand.

Das Gutachten über ihn, welches durch die Beobachtung in der Anstalt gewonnen wurde, lautete: Die im vorstehenden geschilderten Krankheitssymptome gehören einem Krankheitsbilde an, welches erst in neuerer Zeit bekannt und in seiner Bedeutung für das soziale Leben hinreichend gewürdigt ist. Es handelt sich um eine Geistesstörung, welche durch heftige Kontusion des Kopfes und dem damit verbundenen psychischen Shok entstanden ist. Man hat derartige Seelenstörungen nach ihrer Aetiologie als traumatische Psychosen bezeichnet. Wie verschieden einzelne Fälle verlaufen mögen, ihnen allen ist gemeinsam eine gewisse Gruppe von Symptomen, die auf eine schwere und eines Ausgleiches nur in den seltensten Fällen fähige Schädigung des Nervensystems und auf eine ethische und intellektuelle Degeneration des Individuums hinweisen. Mannichfache Innervationsstörungen auf den verschiedensten Gebieten, besonders solche sensibler, secretorischer und sensorischer Natur, vor allem aber eine mangelhafte Widerstandsfähigkeit des vasomotorischen Nervensystems finden wir bei der in Rede stehenden Krankheit. Fast alle solche Kranke sind daher auch für Schädlichkeiten und Gifte, die wie z. B. der Alkohol, den Tonus der Gefässe beeinflussen, in hohem Grade empfindlich. Je nach der Heftigkeit der einwirkenden Ursache, nach dem Gesundheitszustand des betreffenden Individuums und dem Vorhandensein noch weiterer Schädlichkeiten wie Lues und chronische Trunksucht kommt es darauf an, ob die nervösen und psychischen Störungen einen mehr funktionellen Charakter behalten, ohne dass gröbere anatomische Läsionen sich einstellen oder ob eine mehr progressive Erkrankung sich herausbildet, die häufig mit einer vollentwickelten Dementia paralytica endigt.

Grade für die Entstehung dieser Krankheit sind die Kopfverletzungen von grosser Bedeutung. Speziell diejenige Form der Paralyse, die ohne besonderes Hervortreten von Grössenideen mit mehr depressiven Affektzuständen verläuft und zu einem allmählichen Zugrundegehen der körperlichen und geistigen Fähigkeiten führt, soll häufig einem Trauma ihre Entstehung verdanken. Kommt es nicht bis zu den äussersten Graden des Verfalls, wie bei der Paralyse, so können doch die Krankheitserscheinungen soweit fortschreiten, die Labilität des Nervensystems so hochgradig werden, dass man von einer vollkommenen Zerrüttung des letzteren sprechen kann.

Die That hat Cl. in einem Zustande krankhafter Geistesthätigkeit begangen, die eine freie Willensbestimmung ausschliesst, (Zustand eingeengten Bewusstseins mit nachfolgender partieller Erinnerungslosigkeit). Am 31. VII. 94 wurde Cl. aus der Anstalt entlassen als gebessert.

Diese Besserung hielt nur kurze Zeit an. Bald wurde er wieder erregt, zu Gewaltthätigkeiten geneigt. Der Schlaf wurde wieder unruhig. Lichte Zwischenräume vorhanden. Lebt mit seiner Frau in unglücklicher Ehe. Die Arbeitslosigkeit verschlimmerte seinen Zustand.

Hallucinationen, Verfolgungsideen; dadurch lässt er sich hinreissen zu gemeingefährlichen Angriffen auf seine Umgebung; hätte seine Frau beinahe erwürgt. 21. III. 97. Vierte Aufnahme. Nachdem die beiden ersten Male die Diagnose Dementia paralytica gelautet hatte, das dritte Mal diese Diagnose wegen Mangels an Progressivität und der grossen Besserung unwahrscheinlich wurde, so stand beim vierten Male fest, dass es sich um eine Pseudoparalyse handele.

Bei der Aufnahme ist er über Zeit und Ort orientiert, kennt die Wärter wieder.

Bei der Untersuchung ergiebt sich: Hautfarbe blass. Puls 80. Pharyngitis granulosa. Facialis beiderseits gleich innerviert. Linke Pupille > rechte, von mittlerer Weite, kreisrund. Die linke reagiert langsamer als die rechte, beide nicht besonders schnell.

Convergenzreaktion prompt. Augenbewegungen normal. Lässt man Pat. die Augen schliessen und einige Zeit mit geschlossenen Füssen stehen, so fängt er an zu zittern und schliesslich stark mit dem Oberkörper zu schwanken. Die Bewegung beginnt mit fibrillären Zuckungen in den oberen Augenlidern, leichteren Zuckungen in der Facialismuskulatur, dann Zittern der Hals- und Nackenmuskulatur.

Nach diesen zittern die Muskeln der oberen Rumpfhälfte, darauf Schulter- und Oberarmmuskulatur.

Pat. öffnet dann die Augen, holt tief Atem und ist sehr erschöpft.

Patellar-, Cremaster-, Bauchreflexe, beiderseits von mittlerer Intensität. Fusssohlenreflexe sehr lebhaft. Kein Dorsalklonus. Kein Ulnarissymptom. Tricepsreflex von mittlerer Intensität. Kein vasomotorisches Nachröten. Rohe Kraft gut erhalten, doch ermüdet Pat. leicht. Man merkt Pat. an, dass die kräftige Innervation ihm grosse Mühe bereitet. Er zittert dabei sehr mit dem Kopf. Tastsinn, Temperatursinn ohne Störungen. Beim Hinaufsteigen der Treppe sucht er die Wand, um sich an ihr hinaufzuführen. Gang ängstlich; kleine Schritte.

Lässt man Pat. turnerische Uebungen machen, gerät er in kurzer Zeit so heftig ins Schwanken, dass er sich hinsetzen muss.

Im Bette liegend zeigt er an den untern Extremitäten gar keine Ataxie. Mit geschlossnen Augen bringt er unter lebhaften Zittern den

linken kleinen Finger an den rechten Zeigefinger. Die an das Ohr gebrachte laut tickende Ankeruhr hört er auf 7 cm Entfernung beiderseits nicht mehr. Beide Trommelfelle glatt, normalen Reflex zeigend. Sprache normal. Paradigmata gut nachgesprochen.

„Wenn er einen Anfall habe, könne er nicht ins Licht sehen, dann könne er auch vor Zittern und Schwanken nicht gehen. und er habe Ohrensausen, als ob Wasser im Kessel siede.

Rechenaufgaben sehr langsam gelöst. 27. III. Schlaf schlecht. Beängstigungen. Träume. Appetit, Stuhlgang in Ordnung. Urin: Alb. Sacch. Acet. negativ.“

29. III. Thut nichts, sitzt im Sessel, blickt vor sich hin. Klagt über Kopfdruck, der bei der geringsten Anstrengung stärker werde. Pupillenbefund unverändert derselbe. 1. IV. Schlaf gut. Tremor geringer. Euphorisch. 4. IV. Liest zuweilen, kann nur wenig davon erzählen.

6. IV. Rechte Facialis hängt ein klein wenig mehr als der linke. Pupillenbefund der gleiche.

10. IV. Tremor sehr gering. Kein Romberg. Pupillenbefund, Facialisdifferenz konstant. Dauerndes Wohlbefinden. Liest wenig, unterhält sich gut. Geht viel spazieren. 23. IV. Kopfdruck. Geistige Bedürfnisse gering. Der Tremor tritt da n stärker wieder auf, wenn Pat. körperlich oder geistig sich anstrengt, wenn auch gering. Wenn er während der Visite länger steht, fängt er an mit dem Kopf zu zittern und mit den Augen zu zwinkern.

Juli. Pat. hat sich vollkommen erholt, befindet sich gegenwärtig noch in der Anstalt und beschäftigt sich fleissig mit Sattlerarbeiten.

II.

Aetiologie: Alkohol.

Störungen des Ganges, der Sprache, der Schrift. Innervationsstörungen im Facialisgebiet. Pupillendifferenz. Ptosis. Strabismus. Doppelbilder. Abweichen und Zittern der Zunge beim Herausstrecken. Verstärkte Kniephänomene. Patellarklonus, Andeutung von Dorsalklonus. Tremor der Extremitäten. Schlaflosigkeit. Beängstigungen. Stimmungsanomalien wechselnder Art. Unternehmungslust. Vergesslichkeit. Benommenheit. Schwerbesinnlichkeit. Remissionen. Exacerbationen. Genesung.

P. F. aus S., Landwirt, 32 J. alt.

1. Aufnahme 27. XII. 91, Entlassung 23. II. 92,
2. „ 20. IV. 92, „ 8. VIII. 92,
3. „ 26. IX. 92, „ 25. IV. 93,
4. „ 23. III. 96, „ 7. V. 96.

Sohn geistig gesunder Eltern. Ledig. Gehilfe seines Bruders in der Landwirtschaft. Als Kind Gehirnentzündung, Nervenfieber, sonst stets gesund und kräftig. Verwandte geistig normal. Sanft, gutmütig, aber leicht reizbar. In der Schule keine besondern Fortschritte. Geschlechtstrieb normal. Hang zum Trunke. Will nie geschlechtskrank gewesen sein. Vor seiner jetzigen Erkrankung will er nie an Irrsinn gelitten haben. Die jetzige Erkrankung trat ziemlich plötzlich auf, doch soll schon einige Zeit vorher psychische Verstimmtheit vorhanden gewesen sein, die dann vor 14 Tagen akut wurde. Der Schlaf war in dieser ganzen Zeit schlecht. Bromtherapie erfolglos. Der behandelnde Arzt bezeichnete die Krankheit als progressive Paralyse.

27. XII. 91. Der älteste Bruder des Pat. führte ihn der hiesigen Anstalt zu, machte folgende Angaben: Seit Januar 1891 sei Pat. verändert, mache viele Pläne, verlange Geld, um in Kassel eine Wirtschaft anzufangen. In den letzten Jahren sei er wiederholt in Amerika gewesen. Seit einigen Wochen arbeite er nicht mehr, sei gedankenlos, klage über Beängstigungen, auch habe er einen unsicheren Gang bekommen.

Bei der Aufnahme ist Pat. gedrückt, befangen, klagt über Herzensangst, fühlt sich matt, habe keine Freude an der Arbeit, zittere an allen Gliedern, könne nicht mehr so gut gehen wie früher, sei sehr vergesslich geworden. Er erschien etwas benommen und schwer besinnlich, es hielt ihm sehr schwer, Aufgaben aus dem kleinen Einmaleins zu lösen.

Linke Gesichtshälfte schwächer innerviert als die rechte, der linke Mundwinkel hängt tiefer, linke Nasolabialfalte flacher wie die rechte. Die vorgestreckte Zunge weicht nach links ab und zittert.

Keine charakteristische Sprachstörung, Sprache jedoch bei schweren Worten unsicher. Rechte Pupille > linke, beide reagieren auf Lichteinfall und bei Convergenz. Tactile Sensibilität und Schmerzempfindlichkeit ungestört. Kniephänomen beiderseits sehr lebhaft, deutlich verstärkt. Patellarklonus. Kein Fussklonus. Die geschilderten Anomalien bleiben während der ganzen Beobachtungszeit konstant nachweisbar.

3. I. 92. Die gemütliche Depression ist in grosse Euphorie umgeschlagen. Schreibt mit zitternder Hand und manchem verdächtigen Schreibfehler (Gedankanken statt Gedanken) folgendes: „Wenn ich so zurückdenke, wie ich zu Hause war, was ich vor Angst hatte, und jetzt nicht mehr; man ist wie neugeboren seit 4—5 Tagen schon.“

Beteiligte sich bald an der Arbeit im Freien, erholte sich sichtlich, nahm ansehnlich an Körpergewicht zu. Mit dem Rechnen ging es besser. Doch vermochte er 8×14 nicht auszurechnen, sagte nach langen Besinnen 82, dann 72.

23. II. 92. Verlässt als gebessert die Anstalt. Daheim beschäftigte er sich mit der Wirtschaft seines Bruders; man verschonte ihn mit schweren Arbeiten; doch strengte ihn auch dies schon sehr an. Abends sehr matt, schläft schlecht. Bald zeigten sich wieder Beängstigungen, die ihn veranlassen, wieder zum Schnaps zu greifen. Wenn er in Gesellschaft war, wo es lebhaft herging, dachte und grübelte er, auch wenn er sich wenig an der Unterhaltung beteiligt hatte, später darüber nach, ob er dies oder jenes auch hätte sagen dürfen. Appetit gering. Stuhlgang angehalten. Die Stimmung wurde immer deprimierter. Pat. sprach wenig, weinte viel, leicht zu Thränen gerührt.

8. IV. 92. Wiederaufnahme.

Im ganzen dasselbe Krankheitsbild. Hinzugekommen waren eine leichte Parese des linken Augenlidhebers, Insufficienz des M. rect. int. bulbi sin. mit Doppelbildern beim Sehen in die Ferne. Schwierigkeiten in der Wortfindung und Artikulation schwieriger Silben- und Wortkomplexe. Andeutung von Dorsalklonus.

Pat. fühlt sich schlaff, arbeitsunfähig. Hat seit seiner Entlassung 14 Pfund an Körpergewicht abgenommen.

Stimmung und Kräftezustand besserten sich bald, er wurde zufrieden, begann fleissig zu arbeiten und konnte nach einer Gewichtszunahme von 18 Pfund am 8. 8. 92 als gebessert entlassen werden. Auffallend war und blieb seine geringe Regsamkeit auch beim Verkehr mit seinen Angehörigen.

Zu Hause ging es nur 14 Tage gut, dann fing er an wieder sich mit grossen Plänen zu tragen, wollte grosse Geschäfte unternehmen, reiste zwecklos nach Kassel, gab viel Geld aus, hielt andre frei, machte Schulden, fröhnte übermässigem Biergenuss, bekam in einer Wirtschaft Streit und wurde verprügelt. Verfolgungswahn. Grosse Erregung. Bedrohte alle Welt.

26. II. 92. Dritte Aufnahme.

Der Wiedereintritt macht keinen besonderen Eindruck auf ihn. Erzählt, er hätte einer Magd unlautere Anträge gemacht, sei abgewiesen worden. Das habe ihn so erregt, dass er sie gleich hätte töten können. Hat 12 Pfund verloren an Körpergewicht. Im übrigen dasselbe Bild wie früher. Erholt sich bald wieder, arbeitet fleissig. Geistig wenig regsam.

Viel getrunken will er nur haben, wenn er Beängstigungen bekam; „und dann bekam ich leichtere Gedanken und dann wurde ich auf den Schnaps schlapp. Es thut gut, hat aber keine Dauer.“

25. IV. 92. Entfernt sich heimlich aus der Anstalt. Hatte 16 Pfund zugenommen. Als gebessert, aber nicht heilbar geführt. Zu Hause wieder sehr erregt. Selbstmordsgedanken. Unternehmungslust. Droht das Dienstmädchen zu töten, da sie auf seine Heiratsanträge nicht eingehen will. Uebermässiger Bier- und Cigarrengenuss. Weint oft über sein lasterhaftes Leben. Führt in Gegenwart von Kindern unanständige Redensarten, belästigt junge Mädchen, droht seinen vermeintlichen Feinden mit dem Messer. Der Bruder stellt Entmündigungsantrag.

20. IX. 93. Entmündigt. Diagnose: Dementia paralytica.

In den darauffolgenden Jahren trat unter Entziehung des Alkohols eine erhebliche Besserung ein.

Auf Wunsch des Entmündigten Wiederaufnahme 23. III. 96 zur Begutachtung seines Geisteszustandes.

Ein Teil der früheren körperlichen Veränderungen bestand noch, nämlich eine ganz leichte Schwäche in der Innervation der linken Gesichtshälfte, leichter Tremor, erhebliche Steigerung der Sehnenreflexe. Mässiger Grad von Arteriosklerose. Auf geistigem Gebiet konnten irgendwelche erheblichen Defekte mit Bestimmtheit ausgeschlossen werden.

Die Entmündigung wurde aufgehoben auf grund folgenden Gutachtens:

„Da nach den Akten feststeht, dass F. in früheren Zeiten dem Alkoholmissbrauch gehuldigt hat, und da ferner die Wissenschaft uns lehrt, dass auf dem Boden des chronischen Alkoholismus ein Krankheitsbild sich entwickeln kann, welches sowohl die geistigen, als auch die körperlichen Symptome der Dementia paralytica darbietet, sich von ihr aber unterscheidet

1) durch das Fehlen des progressiven Verlaufes und
2) durch seine Heilbarkeit, so muss ich unter Berücksichtigung des gesamten Krankheitsbildes das frühere Gutachten dahin abändern,

dass F. nicht an Dementia paralytica, sondern an alkoholischer Pseudoparalyse gelitten hat, von der nur noch einzelne körperliche Anomalien, geistige Defekte von irgendwelcher Erheblichkeit aber überhaupt nicht mehr nachweisbar sind. Die Bedenken, ob F. über die nötige geistige Widerstandsfähigkeit gegenüber den Verlockungen des Trunkes verfügt, scheinen durch die angestellten Ermittelungen beseitigt zu sein.

Eine krankhafte Störung der Geistesthätigkeit, die ihn der Fähigkeit beraubt, seine Angelegenheiten selbst zu ordnen, ist nicht nachweisbar."

Entlassung: 7. Mai 1896.

III.

Periodische Manie. Intercurrente Erscheinungen des Alkoholismus.

Abweichen der Zunge beim Herausstrecken. Zittern im Facialisgebiet. Tremor manuum. Hypalgesie. Erregungszustände mit gehobenem Selbstgefühl. Grössenideen. Ethische und intellektuelle Defekte. Eifersuchtswahn. Schwinden der paralysenähnlichen Symptome mit Entziehung des Alkohols.

N. N., Forstmeister aus X., 50 J. alt.

1. Aufnahme 30. VII. 80, entwichen 12. VIII. 80,
2. „ 6. IX. 80, Entlassung 2. XI. 80,
3. „ 18. VIII. 94, „ 15. 1. 95,
4. „ 22. VI. 96, „ 6. III. 97.

Vater gesund, doch excentrisch. Mutter aufgeregte Frau. Bruder früher Periodentrinker, jetzt Abstinenzler, psychisch eigenartig. Vetter (Mutterbrudersohn) starb im Irrenhause. Als Junge sehr lebhaft. Vollendete in verhältnismässig sehr kurzer Zeit seine Studien und mit gutem Erfolg.

Bereits vor 1870 und nach dem Staatsexamen 1873 soll er psychisch gestört gewesen sein. 1874 verheiratet. Von 18 Kindern 8 totgeboren (darunter zweimal Zwillinge), 1 †.

1879 psychische Erkrankung: gehobenes Selbstgefühl, Prahlereien. Vermehrter Bewegungstrieb. Geringschätzung der gesellschaftlichen und gesetzlichen Schranken. Nach Verlauf von acht Wochen beruhigte er sich. Doch immer noch etwas Erregung, welche im Juni 1880 zunahm. Legte sich um 12 Uhr ins Bett, stand um ½1 wieder auf und ging in den Wald, kam dann um 8 Uhr morgens zurück, fuhr nach einer halben Stunde ohne Veranlassung in benachbarte Ortschaften. Stimmung wechselnd, bald mehr wie zärtlich zu seiner Gattin, misshandelte sie dann wieder bald darauf, bittet sie dann wieder um Verzeihung. Trank und rauchte unmässig, machte übermütigen und leichtfertigen Gebrauch von seiner Schusswaffe, ritt in toller Weise querfeldein und Treppen hinauf, producierte allerhand Grössenideen, habe 1870 mit Favre, Trochu Unterredungen gehabt und ähnliche Dinge. 30. Juli 1880 Aufnahme in hiesige Anstalt.

Sehr reducierte Ernährung, auffallendes Zucken im Gesicht beim Sprechen und Lachen. Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, deutliches Abweichen der vorgestreckten Zunge nach links. Keine Störungen in der Pupillenreaktion, der Sprache, der Motilität. Deutliche Grössen-

¡deen. Tendenz, alle ihn belastenden Momente mit grösster Zungenfertigkeit, grosser Breite, wenig Intelligenz abzuschwächen. Furchtsamkeit. Durch ein ernstes Wort liess er sich stets einschüchtern, nur auf diese Weise liess sich der endlose Redeschwall sistieren.

Noch auf der Höhe der Krankheitserscheinungen entwich er (12. VIII. 80). Zu Hause wurde er jedoch so störend, dass er am 6. IX. 80 wieder hier eingeliefert wurde, nachdem er eine in Tendenz und Form krankhafte Immediateingabe an Se. Majestät wegen widerrechtlicher Freiheitsberaubung gemacht hatte, die tollste Wirtschaft mit seinen Waffen getrieben und seine Frau lebensgefährlich bedroht hatte.

In der Anstalt trat rasch Besserung ein, er wurde ruhiger, in seinen Aeusserungen bescheidener. Grössenideen traten ganz zurück. Die Stimmung konnte als eine normale angesehen werden. Körpergewicht hob sich. Schlaf und Appetit regulierten sich. Dagegen bestand das Zittern im Facialisgebiet und die Abweichung der Zunge beim Herausstrecken noch fort. Wie er in einem Schreiben an seine vorgesetzte Behörde nur von Erregung durch unglückliche Zufälle, nicht aber von Krankheit als Ursache seiner fatalen Handlungen spricht, so äussert er auch den Aerzten gegenüber kein richtiges Krankheitsbewusstsein. Er konnte daher nicht als genesen, sondern nur als gebessert am 2. XI. 80 entlassen werden. Die Diagnose war zweifelhaft: Dementia paralytica oder periodische Manie.

Seine Internierung hält er nach wie vor für das Werk böser Menschen. Auch später zeitweise Erregungszustände.

März 1883. Erhöhtes Selbstgefühl. Gesteigerter Thatendrang. Verkennung seiner Lage. Geringschätzung gesetzlicher Vorschriften. Zu ungünstiger Jahreszeit kostspielige Neubauten.

Juli 1883. Erregung auf der Höhe. Seine Familie sei adlig, habe den Adel abgelegt.

Juli 1887. Abermals stärkere Erregung. 1889, 1890 im Juli ebenfalls.

1893 Juni Aufenthalt in der Anstalt zu K. Im Winter meist ruhig.

18. VIII. 1894. Erneute Aufnahme, weil gemeingefährlich.

Lebhaftes Beben im Facialisgebiet beim Sprechen. Bei der Untersuchung lebhaft, erzählt in einem fort. Er sei nicht geisteskrank, sondern nur nervös. Hätte ausserordentlich viel zu thun gehabt und deshalb ein bischen mehr getrunken.

19. VIII. Führt das grosse Wort. Vielgeschäftigkeit. Mangel an Alkohol sehr empfunden. Trinkt viel Wasser, raucht sehr stark. Auf seine Frau schlecht zu sprechen.

22. VIII. Grosse Euphorie. Renommiert viel.

23. VIII. Bei Festlichkeit aufdringliches lautes Wesen.

2. IX. Beim Sedanfest sehr animiert, oft zornige Stimmung. Hält eine Rede auf den Kaiser. Am Schluss störend.

19. IX. Keine geregelte Beschäftigung. Zeiht seine Frau der Untreue. Will den Verführer seiner Frau auf Pistolen fordern, sich scheiden lassen, hält sich für gesund.

21. IX. Deutet seiner 17jährigen Tochter in Form eines Märchens an, dass seine Frau ihm untreu sei.

15. X. Bittet in einem Briefe seine Frau um Verzeihung. Erkennt seine Eifersuchtsgedanken als krankhaft an. Sehr deprimiert. Renommiert nicht mehr. Giebt sich Mühe, sich zu beherrschen. Körperlich bedeutend erholt. Das Beben im Facialisgebiet hat sich mehr und mehr verloren.

24. X. Keine Krankheitseinsicht. Beschönigt alles.

15. XII. Bei Besuch seiner Frau gerührt, sehr ernst. Ruhiger.

15. I. 95. Vom Anfall genesen. Ohne Krankheitseinsicht. Von seiner Frau abgeholt.

Eine Zeit lang Befinden gut.

Bei einer Forstbereisung des Oberlandesforstmeisters sehr erregt, fängt wieder an zu trinken.

Misshandelt seine Angehörigen ohne Grund, schlägt seine Frau nieder, dass sie besinnungslos ist. Schiesst in ein bewohntes Zimmer. Kein Interesse für seine Kinder.

Macht zwecklose Reisen, die viel Geld kosten. Zecht mit Studenten, die ihn wegen seiner gemeinen Redensarten vom Tische weisen. Braucht für Getränke masslos viel Geld, während er für die Familie nicht die notwendigsten Ausgaben bestreitet.

Geht nachts fast unbekleidet im Garten umher und singt. Schiesst mit der Büchse nach allen Richtungen. Kauft silberne Sporen für 79 Mark. Schiesst über den Köpfen von Arbeiterinnen hinweg, tritt ohne Veranlassung einem Arbeiter vor den Bauch, trifft falsche Anordnungen, die den Spott der Leute herausfordern. Unzüchtige Redensarten.

22. VI. 96. 4. Aufnahme. Im höchsten Grade gemeingefährlich. Zornige Stimmung. Ohne Krankheitseinsicht. — Zittern der ausgestreckten Hände und der ein wenig nach links abweichenden Zunge. Beim Sprechen im Facialisgebiet erheblicher Tremor. Die Internierung habe er nur seiner lieben Frau zu verdanken.

30. VI. Sammelt Blumen. Macht einen Kranz von getrockneten Blumen um das Bild seiner Frau, das er mit obscönen Inschriften (lateinisch und griechisch) verziert.

27. VII. Auf Anstaltsfest unermüdlich im Tanzen. Macht den Damen sehr den Hof. Sexuell stark erregt.

10. VIII. Schreibt viele Briefe. Spricht mit jedem über die internsten Familienverhältnisse in der brutalsten Weise. Sammeltrieb. Vernachlässigt sein Aeusseres. Schriftstücke verraten durch Form, Flüchtigkeit, Verzierung, thörichte Zeichnungen mit aufgeklebten Blumen, Blättern, eingestreuten Versen, den Maniacus.

2. IX. Beim Kegelschieben reizbar. Frech. Sucht Streit. Foppt die Schwächeren. Trotz geringen Biergenusses gegen Abend steigende Erregung.

2. X. In den letzten Wochen ruhig, geordnet. Ernstversöhnliche Briefe an seine Frau. Bittet sie flehentlich um Verzeihung.

20. X. Ruhig, zuweilen deprimiert. Ziemlich weitgehende Krankheitseinsicht.

20. XI. Normales Verhalten.

Dezember 1896. Neue Erregung mit gleichem Charakter wie die vorigen.

17. I. 97. Entweichungsversuch, misslingt.

19. I. Heiter erregt. Macht fade Witze.

22. I. Besuch der Frau, die ihm vergeblich zuzureden sucht, sein Pensionierungsgesuch zu unterzeichnen. Sucht den Verlobten seiner Tochter ihr gegenüber herabzusetzen.

29. I. Heiter erregt. Auf jedem Gebiet der Erste.

In einem wissenschaftlichen Aufsatz, der ihm auf Wunsch zum Abschreiben gegeben wurde, überträgt er die lateinischen Kunstausdrücke in ganz unsinniger Weise ins Deutsche. Schreibt durchaus unpassende Bemerkungen an den Rand.

9. II. Obscön. Kompromittiert seine Frau in der gemeinsten Weise. Verdreht alles.

26. II. 97. Entmündigt. (Periodische Manie). Will Zeugen wegen Meineides belangen.

6. III. Als unheilbar in die Pflegeanstalt H. versetzt.

IV.

Aetiologie: Alkohol.

Pupillendifferenz. Innervationsstörungen im Facialisgebiet. Abweichen und Zittern der Zunge beim Herausstrecken. Steigerung der Kniephänomene. Tremor manuum. Hyperalgesie der Haut. Deliriumartige Erregung. Euphorie. Grössenideen. Ethische Defekte. Genesung.

F. K. aus H., 45 J., Strohmattenflechter.

Aufnahme 9. V. 95, Entlassung 29. XI. 95.

Pat. ist vielfach bestraft wegen Sachbeschädigung, groben Unfugs, Bettelns.

Hat gegen die letzte Verurteilung Berufung eingelegt. In der Untersuchungshaft brach eine Geisteskrankheit aus, weshalb die Ueberführung nach M. stattfand.

Arbeitsscheu. Gewohnheitstrinker.

Verheiratet. Seit Jahren getrennt von seiner Frau. Drei Kinder. Weiss nicht, ob seine Eltern noch leben. Ohne festen Wohnsitz.

Ende April wurde er plötzlich tobsüchtig und gemeingefährlich.

Bei der Aufnahme sehr gehobene Stimmung. Schwatzt unaufhörlich ideenflüchtiges Zeug. Begrüsst die Aerzte cordial: „Ich bin unrecht bestraft, sie haben mich nach B. gebracht, um mir ruhiges Blut zu machen. Ich bin Dein Engel. Du bist mein Gott. Meine Hure, meine Frau hat mich blamiert.“ Ich bin der Vernünftigste in der ganzen Welt. Durch provozierende Bemerkungen nicht in Zorn zu bringen.

Mittelgrosser Mann von ziemlich kräftiger Muskulatur. Panniculus adiposus gut entwickelt. Haare schon stark gelichtet, grau meliert. Schädelumfang 58 cm. Rechte Pupille ein wenig weiter als die linke. Beide reagieren prompt auf Lichteinfall und Accommodation. Rechte Nasolabialfalte flacher als die linke. Zunge weicht ein wenig nach rechts ab, zittert lebhaft.

Patellarreflexe beiderseits gleich, lebhaft. Achillessehnen-, Plantarreflex von gewöhnlicher Stärke. Druck auf Muskulatur und grosse Nervenstämme auffallend schmerzhaft. Schmerzempfindlichkeit der Haut erhöht.

Mässiger Tremor der gespreizten Finger. Kein Romberg. Keine ataktischen Störungen. Auch die Sprache scheint vollkommen intakt zu sein.

Leberdämpfung erscheint kleiner als normal. Keine Arteriosklerose.

Schwatzt während der Untersuchung fortwährend. „Bin sehr reich, habe alle Kohlenbergwerke der Welt. Kaiser Friedrich weiss nicht das, was ich weiss; seine Schmerzen muss ich nun leiden.

Die Menschen müssen alle frei sein, habe alle Zuchthäuser aufgemacht.

Du bist mein Gott, mein Pott, sollst auch so einen schönen Kerl kriegen, so einen Vollbart. Habe so schöne, klare Aeuglein etc.“

25. V. Trinkt aus Spucknäpfen. Schimpft in den gemeinsten Ausdrücken. Unmotiviert wieder zutraulich. Zerreisst Hemden, sucht mit Kot zu schmieren.

27. VI. Wegen hochgradiger Erregung feuchte Einwicklung. Ohne Erfolg. Rechter Facialis bedeutend schwächer innerviert.

28. VI. Grosse Rührseligkeit. Schimpft dann wieder in den gemeinsten Ausdrücken, dann wieder widerlich freundlich.

Isst mit grosser Gier. Nachts störend.

15. VIII. Schlägt einem harmlosen Paralytiker mit der Faust ins Gesicht.

10. VIII. Ruhiger.

25. VIII. Wiederholt eingenässt, auch mit Stuhl unrein gewesen.

29. VIII. Isoliert. Hat andre Pat. geschlagen.

30. VIII. Schmiert mit Kot.

10. IX. Ruhiger. In die Wachabteilung zurück.

20. IX. Schnelle Besserung. Arbeitet.

4. XI. Kann sich nicht mehr an die erste Zeit seines Aufenthalts besinnen. Das Schimpfen sei von der Krankheit gekommen.

14. XI. Klinische Vorstellung. Krankheitseinsicht. Verspricht Abstinenz. Rechte Nasolabialfalte flacher als die linke. Zunge grade herausgestreckt, zittert nicht. Kein Tremor an den gespreizten Fingern.

29. XI. Dauernd korrekt benommen. Fleissig gearbeitet. Weitgehende Krankheitseinsicht. Dankbar gegen die Anstalt. Als genesen entlassen.

V.

Aetiologie: Alkohol.

Pupillendifferenz. Träge Reaktion. Strabismus. Tremor im Facialisgebiet beim Sprechen. Zittern und Abweichen der Zunge beim Herausstrecken. Deviation der Uvula. Herabsetzung des Patellarsehnenreflexes. Andeutung des Romberg'schen Symptoms. Paralytischer Anfall. Stimmenhören. Grössen- und Verfolgungsideen. Erscheinungen stabil. Unheilbar.

M., 40 J., Maschinenschlosser.

Aufnahme 20. IV. 94, Entlassung 2. VI. 96 in die Irrenpflegeanstalt H.

1. VIII. 93 in die Kreisirrenanstalt zu D. aufgenommen.

Unter mittelgrosses Individuum. Mässig entwickelte Muskulatur. Gesicht gerötet. Züge etwas verfallen. Pupillen eng. Linke > rechte. Reaktion überhaupt ziemlich träge, aber ausgiebig. Zunge gerade herausgestreckt, zittert leicht. Inguinaldrüsen parallel dem Lig. Poupartii kirschkerngross geschwellt. Patellarreflexe beiderseits schwach, links

stärker als rechts. Grössenideen: Kaiser von Russland, besitzt England und Frankreich. Hat lenkbares Luftschiff erfunden, Modell davon ist ihm geraubt.

Er habe einen grossen Harem. Mit 18 Jahren als Student Schanker. Später Tripper. Seit 15 Jahren leide er oft an Schlaganfällen. Da knalle es im Kopf und gebe ihm einen Ruck durch den ganzen Körper; auch noch vor einigen Wochen, danach habe er gar nicht reden können und sei ganz dumm im Kopf gewesen. Vater und Mutter an Schlaganfall gestorben. Seine Krankheit sei durch den Biss dreier Kreuzottern gekommen.

Im weiteren Verlauf traten ein leichter paralytischer Anfall auf, von dem sich Pat. leicht wieder erholte.

Uvula weicht stark nach links ab.

Tiefe Nadelstiche werden kaum als schmerzhaft angegeben. Kopf und Spitze der Nadel unsicher angegeben.

Urin trübe, viel Albumen.

Kein Silbenstolpern. Ueber Ort und Zeit orientiert. Schlaf gut. Ruhiges Verhalten. Starkes Zittern im Facialisgebiet beim Sprechen. Kein Arbeitstrieb. Hat früher viel Schnaps und Portwein getrunken, täglich 4—6 Liter Bier.

Habe Patente für Muttergürtel bei schweren Entbindungen, eine ewig gehende Uhr. Praecordialangst. Summen. Klingen in den Ohren. Insufficienz des Rectus internus.

1895. Januar. Ueber den ganzen Körper acneartiger Ausschlag, welcher schnell heilt.

Februar erregt.

1. IV. 95. Schimpft auf Arzt in den gemeinsten Ausdrücken. Stimmungswechsel.

Sehr selbstbewusst: „Bin viel mehr als Sie denken. Mir gehört die ganze Anstalt.“ In D. seien vor seinen Fenstern goldene Gitter gewesen. Durch dieselben hindurch sei er mit Elektrizität bearbeitet worden. Auch in der hiesigen Anstalt werde er von unten herauf telephoniert. Mir gehört das grösste Kaufhaus in Baiern. Unermesslich reich. Hört Stimmen. Finster, drohend. Spricht nicht mit andern Kranken. Hoheitsvolles Wesen. Der Prinzregent von Baiern habe am selben Tage Geburtstag wie er.

30. V. 96. Linke Pupille $>$ rechte, reagiert eine Spur träger als die rechte. Convergenzreaktion prompt, ausgiebig. Starker Tremor im Facialisgebiet, besonders beim Sprechen. Rechter Mundfacialis bedeutend schwächer innerviert, auch bei mimischen Bewegungen. Auch der rechte Stirnfacialis erscheint etwas paretisch.

Zunge zittert stark, weicht ein wenig nach rechts ab. Uvula deviiert stark nach links. Patellarreflex beiderseits gleich, sehr lebhaft. Kein Dorsalklonus. Deutliche Hypalgesie, besonders an den Beinen. Romberg angedeutet. Starkes Flimmern der Augenlider beim Lidschluss. Ulnarissymptom vorhanden. Sprache zuweilen etwas stockend. Beim Nachsprechen schwieriger Paradigmata deutliche artikulatorische Sprachstörungen.

2. VI. Als unheilbar nach dem Landeshospital H. übergesiedelt. Beim Abschied sehr gehobener Stimmung. In D. haben sie ihm schon gesagt, dass er ein Kloster als Eigentum bekommen würde.

In H. zur Zeit (Juli 1897) Status idem.

VI.

Aetiologie: Alkohol.

Gehstörungen. Sprachstörungen. Rechte Pupille reagiert träger. Hippus. Facialisdifferenzen. Tremor im Facialisgebiet beim Sprechen. Deviation der Zunge. Lebhafter Tremor der gesamten Körpermuskulatur, besonders der Hände. Sehr gesteigerte Patellarreflexe. Dorsalklonus angedeutet. Romberg'sches Symptom undeutlich. Rosenbach'sches Symptom. Vasomotorisches Nachröten. Oedeme. Hyperaesthesie. Psychische Depression. Nahrungsverweigerung. Vergiftungs-, Verfolgungsideen. Stimmenhören. Nachlass der somatischen, Fortbestehen der psychischen Symptome.

L. S., Ehefrau des Schlossers S. aus C., 49 J. alt.
Aufnahme 7. V. 97.

Keine hereditäre Belastung. Als Kind gutmütig. Sehr intelligent in den Mädchenjahren. Menstruation regelmässig; hat die Periode noch. Vier Kinder.

Trinkt seit mehreren Jahren heimlich Bier und Schnaps. In kurzer Zeit verbrauchte sie 600 Mark aus einer Erbschaft. Ihr Einfluss auf ihre Kinder wirkte verderblich. Ein Sohn von 13 Jahren ist ein Taugenichts. — Entbindungen normal, stillte je ein halbes Jahr ohne Störungen.

Vor vier Jahren, als die Familie in Geldverlegenheit war, war sie geistig nicht normal, schwatzte unsinniges Zeug; bis die Familie wieder zu Geld kam.

Zwischenzeit frei.

Am 1. März d. J. begann ihre jetzige Krankheit damit, dass sie ihren Mann ausschloss und mit ihren Kindern trank. Sie versetzte alles, selbst ihre Schuhe.

Am 31. März schloss sie sich in einem Keller ein.

Sie wurde in eine Versorgungsanstalt gebracht. Sie meinte dabei, sie sollte beiseite gebracht werden. Dort schlief sie gut, beim Versuch zu gehen Wanken. Sprache normal; giebt nur ungern Antwort. Anfänglich verweigerte sie die Nahrung. Betragen ruhig, still. Arbeitete nichts. Vergiftungs- und Verfolgungsideen. Sah zeitweise überall rote Läuse. Nicht ins Bett zu bringen: „Was mit dem Bett geschehen ist, vermag ich nicht auszusprechen."

„Was ist das für ein Gespräch? Ich glaube meine Kinder sprechen immer."

Wird in die Irrenheilanstalt Marburg aufgenommen. Bei der Aufnahme deprimiert. Guter Ernährungszustand. Gesicht lebhaft gerötet. Etwas gedunsen. Um die Malleolen leichte Oedeme. Füsse und Hände etwas blau.

Schädel symmetrisch. Umfang 55 cm. Pupillen mittelweit, gleich. Rechte nicht ganz kreisrund. Reaktion auf Licht und Convergenz prompt und ausgiebig.

Rechte Nasolabialfalte flacher als die linke.

Beim Sprechen lebhafter fibrillärer Tremor im Facialisgebiet.

Zunge deviiert etwas nach rechts. Rachenschleimhaut stark gerötet, geschwollen. Patellarreflexe beiderseits sehr gesteigert, zuweilen auf einen Schlag eine Reihe von Zuckungen. Andeutung von Dorsalklonus beiderseits.

Achillessehnenphänomen beiderseits lebhaft, ebenso die Sehnenreflexe an den obern Extremitäten.

Mechanische Erregbarkeit der Muskulatur kaum gesteigert.

Sehr lebhaftes vasomotorisches Nachröten.

Lebhafter Tremor der gesamten Körpermuskulatur, besonders der Hände. Dieser Tremor nimmt während der Untersuchung noch erheblich zu; schliesslich gerät der ganze Körper in grossschlägiges Zittern. Gang unsicher, leicht spastisch, erinnert an den Steppergang Charcots, da die Beine im Hüftgelenk übermässig flektiert werden.

Kein deutlicher Romberg.

Rosenbach'sches Symptom deutlich. Grobe motorische Kraft stark herabgesetzt.

Lebhafte Hyperaesthesie der Haut am ganzen Körper.

Druck auf Muskulatur und die grossen Nervenstämme sehr schmerzhaft, besonders an den untern Extremitäten. Druck auf den N. ulnaris nicht besonders schmerzhaft.

Berührungs- und Tastempfindlichkeit nicht wesentlich gestört.

Pectus carinatum.

Arteria radialis weich.

Erster Mitralton unrein, zweiter Mitralton klappend, zweiter Pulmonalton klappend. Urin enthält etwas Eiweiss.

Beim Nachsprechen längerer Paradigmata deutliche artikulatorische Sprachstörungen; P. wirft Silben durcheinander, stolpert über Consonanten. Beim gewönlichen Sprechen keine Störungen.

Ueber Ort und Zeit nicht orientiert. Hat in letzter Zeit viel Stimmen gehört. Sie habe das Gesprochene nicht deutlich verstehen können, doch glaube sie, aus dem Geflüster bekannte Stimmen herauszuhören (Onkel, Bruder).

8. V. 97. Deprimiert, ängstlich. Oedeme der Beine zugenommen. Die Füsse haben eine auffallend blaue Farbe. Haut der Hände und des Gesichts livide.

14. V. 97. Zugänglicher. „Mein Mann hat Jahre lang den ganzen Lohn vertrunken.“ Sehr urteilsschwach; hält sich und andre Patienten nicht für krank.

15. V. 97. Sehr unruhig.

18. V. 97. Innervationsstörungen sind zurückgegangen. Reflexe noch sehr gesteigert. Vasomotorisches Nachröten weniger deutlich.

Ophthalmoskopisch kein pathologischer Befund.

Subjektiv befindet sich Pat. wohler. Sie meint, ihr Gedächtnis habe zugenommen, auch die Kräfte. Sinnestäuschungen bestehen noch fort. Sprachstörungen geringer.

25. V. 97. Deprimiert, zuweilen zornig gereizt.

Neigung zu Oedemen besteht noch. Andauernde Bettruhe.

16. VI Sinnestäuschungen bestehen noch fort. Ihre Kinder seien tot.

17. VI. Schlaf schlecht. Abstiniert zuweilen. Oft raptusartige Zustände.

Laut jammernd, händeringend. Sowie Pat. ausser Bett ist, treten Oedeme auf.

24. VI. Ruhiger; besser gegessen. Freudlose, gedrückte Stimmung hält an. Redet man sie an, fängt sie an zu schimpfen. Keine Spur von Krankheitseinsicht. Gehörstäuschungen vom Charakter des Gedankenlautwerdens bestehen fort. Schlaf besser.

Die somatischen Symptome sind sämtlich zurückgegangen. Pat. befindet sich zur Zeit (Juli 1897) noch in der Anstalt und entwickelt auf Grund der Sinnestäuschungen deutliche Verfolgungsideen.

VII.

Aetiologie: Alkohol.

Pupillendifferenz. Nystagmus horizontalis in den Endstellungen der Augen. Bei Augenschluss Zittern der Augenlider. Facialisdifferenzen. Vibrieren der Gesichtsmuskulaturen beim Sprechen. Silbenstolpern. Kniephänomen links verstärkt. Erregungszustände und Verfolgungsideen. Conamen suicidii. Vergesslichkeit. Pathologische Reaktion auf Alkohol. Genesung.

W. V. aus K., Bäcker. 36 J. alt.
1. Aufnahme 7. I. 89, Entlassung 4. IV. 89,
2. „ 9. VIII. 94, „ 4. IX. 94.

Vater angeblich durch Suicidium (Melancholie) geendet. Mutter an Tuberkulose gestorben. Aeltester Sohn auffallend schwermütig, spricht öfter, als es ihm nach seinem Alter zukommt, vom Sterben.

P. lebt mit seiner Frau in unglücklicher Ehe. Unterhält unzüchtige Beziehungen zum Ladenmädchen. Trinkt stark. Reagiert pathologisch auf Alkohol.

Januar 1888 wegen einer venerischen Erkrankung in ärztlicher Behandlung. In den ersten Jahren seiner Ehe gesund. Die plötzliche Krankheit entwickelte sich allmählich mit Neigung zu Trübsinn, Menschenscheu. Misstrauische Gemütsart scheint stets vorhanden gewesen zu sein. In den letzten 6 Jahren zunehmend von Anfällen heimgesucht, in den letzten zwei Jahren so, dass er zu Hause unmöglich wurde. Unter den Zeichen einer Congestion zum Kopf geriet er in eine mehrere Stunden dauernde Erregung, welche von dem Gedanken ausging, er sei durch andre geschädigt, ruiniert, von seiner Frau hintangesetzt, und welche sich bisweilen zu thätlichen Angriffen auf seine vermeintlichen Feinde und zum Conamen suicidii steigert.

Durch den leisesten Widerspruch zur leidenschaftlichsten Erregung fortgerissen.

Vergiftungswahn.

7. I. 89. Sämtliche Aeusserungen von Lachen begleitet. Vergisst den Namen seines Hausarztes, den er eben genannt hat.

Schlaf gut. Ernährungszustand gut. Mittlere Grösse. Am Schädel keine Abnormitäten.

Linke Pupille < rechte. Beide reagieren reflektorisch und accommodativ sehr prompt. Zunge grade herausgestreckt. Zittert wenig. Dabei lebhaftes Vibrieren des linken Facialis. Keine Sprach-

störungen. Kniephänomen links verstärkt, rechts normal. Schmerzempfindlichkeit herabgesetzt.

Am Penis eine linsengrosse Narbe an der Uebergangsstelle der äussern Lamelle des Praeputium in die innere, nach Angabe des Patienten von einem vor mehreren Jahren acquirierten Schanker herrührend.

Keine Drüsenschwellungen.

10. I. Bei einigen Worten Silbenstolpern. Wenn er 3—4 Glas Bier trank, nach einer Stunde sehr erregt. Sehr nonchalant.

20. I. Gleichgültig. Kein Verlangen nach Arbeit.

8. II. Keine Sprachstörungen. Kniephänomen beiderseits normal. Pupillen gleich, reagieren prompt. Kein Zittern mehr im Facialisgebiet. Keine Erregung mehr.

18. II. Drängt nach Hause. Seine Frau habe an allem Schuld. Habe ihn zu oft kompromittiert. Seine Exzesse in Baccho et in Venere beschönigt er.

4. IV. 89. Krankheitseinsicht. Entlassen.

Bis zur Wiederaufnahme reizbar, dem Trunke ergeben. Seit April 1894 Verschlimmerung. Nach gehäuften Exzessen steigert sich seine Erregung bis zur Tobsucht, so dass Frau und Kinder ihres Lebens nicht sicher waren. Misshandelt des Oefteren seine Frau in brutaler Weise.

9. VIII. 94. Wiederaufnahme.

Blasse Gesichtsfarbe. Rechte Pupille bedeutend weiter als die linke. Reagieren beide prompt. In den Endstellungen der Augen Nystagmus horizontalis. Bei Augenschluss heftiges Zittern der Augenlider. Rechte Nasolabialfalte ein wenig seichter als die linke, eine Differenz, die bei mimischen Bewegungen vollkommen verschwindet. Beim Sprechen fibrilläre Zuckungen in der gesamten Gesichtsmuskulatur. Zunge grade herausgestreckt, zittert ein wenig. Patellarreflexe normal. Achillessehnenreflexe deutlich. Keine Sensibilitätsstörung. Keine Sprachstörung. Sehr euphorisch. Seine Frau sei an allem schuld.

3. IX. 94. Erhält die Nachricht, dass sich seine Frau von ihm scheiden lassen will. Nimmt die Nachricht ruhig auf. Abends sehr deprimiert.

4. IX. 94. Benehmen, die ganze Beobachtungszeit hindurch korrekt.

Als zur Zeit nicht geisteskrank nach Hause entlassen.

VIII.

Aetiologie: Alkohol.

Ptosis. Pupillendifferenz. Tremor im Facialisgebiet beim Sprechen. Fibrilläre Zuckungen im Zungengewebe.

Tremor der gespreizten Finger. Patellarreflexe gesteigert. Erregung. Euphorie. Ideenflucht. Gehobenes Selbstgefühl. Vorübergehende Verminderung der Intelligenz. Ethische Defekte. Genesung.

Th. Schm., geb. O., verwitw. K. aus K., 40 J. alt.
1. Aufnahme 4. IV. 88, Entlassung 19. XI. 88.
2. „ 16. II. 97.

Eltern gesund. Zwei Schwestern, eine gestorben, beide geisteskrank. Ein Bruder ebenfalls geisteskrank, schon mehrmals in Anstalten gewesen. Ueber Kindheit und Entwicklung fehlen Angaben.

Zweimal verheiratet gewesen. Zweite Ehe 1885 geschlossen. Differenzen. Trennung. Seitdem Fabrikarbeiterin. Sehr reizbar. Hatte sich in der Ehe unglücklich gefühlt wegen angeblicher Geringschätzung von ihrem Mann.

März 1888. Plötzliche Erregung. Ins Landkrankenhaus zu Hanau gebracht, von dort nach Marburg in die Irrenheilanstalt.

Aufnahme 4. IV. 88.

Sehr vergnügt. Giebt zu, früher viel Schnaps getrunken zu haben. In den letzten Jahren weniger. Sie habe oft so ein Zittern und Frieren gehabt und deshalb trinken müssen.

Kleine korpulente Frau mit gut entwickelter Muskulatur. Haare stark ergraut. Schädelumfang 52 cm. Rechtsseitige apfelgrosse derbe Struma.

Linkes Auge leichte Ptosis. Rechte Pupille etwas weiter als die linke; beide reagieren prompt. Leichter Tremor im Facialisgebiet beim Sprechen. Zunge grade herausgestreckt. Fibrilläre Zuckungen. Keine Narben dort. Patellarreflexe beiderseits gleich, gesteigert. Sonstige Sehnen- und Hautreflexe in Ordnung. Sensibilität ungestört.

Beschleunigung der Vorstellungen. Menses O. Am folgenden Tage erregter. Schimpft. Es wäre nachts im Schlafsaale ungebührlich zugegangen, macht sehr indezente Aeusserungen. Heiter, erotisch. Unorientiert. Schimpft in den gemeinsten Ausdrücken. Vorübergehend isoliert. Zur Arbeit nicht zu bewegen. Gehobenes Selbstgefühl.

Mitte Mai Besserung. Geht zur Arbeit. Nach wenigen Tagen Rückfall.

August. Ruhiger, sozial. Arbeitet.

Beurteilt ihre Umgebung richtig.

Nach und nach Benehmen korrekt, Stimmung normal. Intelligenz findet sich wieder. Selbständig beim Arbeiten. Menses regelmässig. Körpergewicht ist von 108 Pfund auf 144 Pfund gestiegen.

19. XI. Ohne Krankheitseinsicht, aber sonst als genesen entlassen.

Seit 1895 zum dritten Male verheiratet, kam sie verschiedene Male mit dem Strafgesetz in Konflikt.

Seit ihrer Entlassung hat sie stets gearbeitet bis März 1896.

14. III. bis 14. VI. 96. Wegen maniakalischer Erregung im Hanauer Krankenhause.

3. II. 97. Tobsüchtige Erregung. Läuft unbekleidet auf die Strasse. Lärmt. Wird nach Hanau transportiert. Von da nach Marburg.

16. II. 97. Wiederaufnahme.

Befund im wesentlichen der gleiche. Links Ptosis des Oberlides. Rechte Pupille > linke. Reaktion prompt. Leichter Tremor im Facialisgebiet beim Sprechen. Fibrilläre Zuckungen des Zungengewebes. Patellarreflexe gleich, gesteigert. Keine artikulatorischen Sprachstörungen. Die gespreizten Finger zittern stark. Auf dem Abdomen alte Striae. Will niemals schwanger gewesen sein. Keine Arteriosklerose.

Bei der Untersuchung entblösst sie sich schamlos. Sehr viele erotische Züge.

Nicht imstande, Fragen präzis zu beantworten. Ideenflüchtig.

Joviales, gleichmässig heiteres Gebahren. Hypochondrische Vorstellungen in bezug auf die Genitalsphäre.

17. II. Schläft ohne Mittel. Ruhiger, klarer, verkennt jedoch die Umgebung. Beschäftigt sich mit Handarbeit.

19. II. Ganz unter dem Einfluss erotischer Vorstellungen.

20. II. Konfus, ideenflüchtig. Gleichmässig heiter.

21. II. Regelmässig beschäftigt. Schlaf, Appetit gut.

Die Verwirrtheit mit heiterer Färbung hält an.

23. III. Status idem. Ideenflüchtiges Gefasel. Aeusserlich ruhig. Reconvalescenz.

25. VII. Genesen entlassen.

IX.

Aetiologie: Alkohol, Diabetes.

Pupillendifferenz. Träge Reaktion der rechten Pupille. Nystagmus in den Endstellungen der Bulbi. Facialisdifferenzen. Abweichen und Zittern der Zunge beim Herausstrecken. Starke artikulatorische Sprachstörungen. Vibrieren der Gesichtsmuskulatur beim Sprechen. Kniephänomen schwach, nur mit Jendrassik zu erzielen. Romberg'sches Symptom. Ungeschicktes Ausführen komplizierter Bewegungen. Tremor der gespreizten Finger. Benommenheit. Erregung. Visionen. Euphorie. Genesung.

G. V., Kaufmann aus K., 35 J. alt.
Aufnahme 21. IX. 95, Entlassung 6. X. 95.

Eltern vollkommen gesund. Schnellfassend. Besuchte die Bürgerschule. Sorgen wegen des Geschäfts. Viel Schnaps und Bier getrunken. Behandelt seine Frau schlecht, will mehr Kinder von ihr haben (hat ein Mädchen).

Seit 17. IX. 95 in ärztlicher Behandlung. Durchfälle. Benommenheit. Irresein. Phantasieen. Wird ins Krankenhaus gebracht. Dort Tobsuchtsanfall. Zerstörte viel in der Isolierzelle. Nicht zu beruhigen durch starke Gaben Chloral und Morphium.

21. IX. 95. Aufnahme in Marburg. Giebt an, er habe Wochen lang schlecht geschlafen, wenig gegessen, sehr viel getrunken. Wäre bisweilen nachts aufgestanden, vor seiner Wohnung spazieren gegangen. Dann habe er kleine Soldaten und kleine Tiere gesehen, habe geglaubt, viel Geld herumliegen zu sehen, obgleich von alledem nichts da war. Aengstlich, beklommen.

Mittelgrosser, sehr korpulenter Mann. Kräftig entwickelte Muskulatur. Schädelumfang 57 cm. Stark vorspringende Tubera frontalia.

Linke Pupille erheblich > rechte, reagiert prompt, die rechte nur sehr träge und wenig ausgiebig. Convergenzreaktion erhalten. Augenbewegungen frei. In den Endstellungen Nystagmus.

Linke Nasolabialfalte in der Ruhe etwas flacher. Zunge deviiert nach rechts, zittert beim Vorstrecken lebhaft. Patellarreflex nur mit Jendrassik und auch dann noch schwach zu erzielen. Achillessehnenreflex nicht auszulösen. Plantar-, Cremaster-, Bauchdeckenreflex ohne wesentliche Störung. Auch die übrigen Qualitäten der Sensibilität intakt.

Komplizierte Bewegungen werden ungeschickt ausgeführt. Andeutung vom Romberg'schen Symptom. Keine erhebliche Einschränkung des Gesichtsfeldes. Lagevorstellung von den Gliedern erhalten.

Albumen, Aceton O.

Saccharum, positiv, 2%.

Sowohl beim Sprechen wie beim Nachsprechen machen sich starke artikulatorische Sprachstörungen geltend. Beim Sprechen vibrieren die Gesichtsmuskeln und Lippen.

Gesichtsausdruck blöde, etwas ängstlich. Ueber Ort und Zeit orientiert.

22. IX. Mit Chloralhydrat gut geschlafen. Giebt verständige Antworten. Weniger ängstlich. Macht etwas schwachsinnigen Eindruck. Euphorie.

4. X. Ruhig. Geringe Krankheitseinsicht. Schlaf ohne Schlafmittel.

6. X. Keine psychischen Symptome.

Die Pupillen reagieren beide auf Lichteinfall. Patellarreflex beiderseits schwach vorhanden. Tremor im Facialisgebiet hat nachgelassen. Keine artikulatorischen Sprachstörungen. Nachsprechen von Paradigmata leicht. Mässiger Tremor der gespreizten Finger noch vorhanden. Sonst keine nervösen Störungen mehr nachweisbar.

Als genesen entlassen.

X.

Aetiologie: Diabetes.

Kniephänomen fehlt beiderseits. Ataktisch amnestische Aphasie. Herabsetzung der Sensibilität. Schluckbeschwerden. Nachlassen der Interessen. Krankhafte Spekulationen. Grössenideen. Benommenheit. Kopfschmerzen. Abnahme der Intelligenz. Stimmungswechsel. Tod im Coma diabeticum. Anatomisch kein Befund der progressiven Paralyse.

P. P., Kaufmann aus F., 57 J. alt.

Aufnahme 11. X. 86, gestorben 25. XI. 87.

Dreimal verheiratet. Aus dritter Ehe 6 Kinder. Stammt aus einer Familie, in welcher eine Disposition zu Geisteskrankheiten nicht zu erweisen ist. Günstige äussere Verhältnisse. Immer exzentrisch gewesen. Gute Intelligenz. Fleissig, arbeitsam. Durch Todesfälle in der Familie erschüttert, vernachlässigt er sein Geschäft, trinkt viel. Krankhafte Spekulationen. Geschäftliche Verlegenheiten. Verliert das Interesse am öffentlichen Leben, dem er sich früher sehr gewidmet hatte.

Glaubt durch Apfelessig unheilbare Krankheiten kurieren zu können. Liess ein darauf bezugnehmendes Flugblatt drucken, welches er an das Reichsgesundheitsamt und an Professoren und Kliniken versandte, sogar an den Reichstag. Macht allerhand Erfindungen, sucht darauf Patente (Touristenbrille, die statt Glas gefärbte Gelatine hat). In den letzten 1½ Jahren lag er meist rauchend und Wein trinkend auf dem Sopha, freute sich, dass sich seine Frau so viel Mühe ums Geschäft gab. Kümmert sich nicht mehr um die Erziehung seiner Kinder. Wird gegen alles gleichgültig. Seit 1883 hat sein Ernährungszustand abgenommen. 1886 wurde Diabetes konstatiert.

6. III. 86 in die Nervenheilanstalt E. Ruhiges gelassenes Verhalten. Liegt den grössten Teil des Tages müssig auf dem Sopha. Stimmung bald heiter, dann weinerlich, wehmütig. Führt grosse Reden. Will Milliarden verdienen mit Erfindungen. Bietet dem Arzt und Wärtern Millionen, wenn sie ihm verhelfen, aus der Anstalt zu kommen. Will ein Familienbegräbnis, ein Marmorpalais, einen zoologischen Garten,

Bildergallerie mit Abbildungen der verstorbenen Angehörigen in Oel und Marmor bauen, echte Raphaels dazu kaufen. Will grosse gotische Kirche, Sternwarte bauen, wo er alle Freudenmädchen hinkommen lassen will, damit sie gute Männer bekämen.

Er ist Kaiser von Deutschland. Will Endenich, Fulda, Frankfurt, Bonn zu einer Stadt zusammenbauen.

War er allein, sprach er viel vor sich hin. Am 11. X. von seinem Sohn in hiesige Anstalt gebracht, schimpft auf die vorige.

Nase, Wangen cyanotisch. An den Beinen alte Kratzeffekte.

Keine Facialis- oder Sprachstörungen. Keine Störung der Spezialsinne. Sensibilität und Reflexerregbarkeit intakt.

Kniephänomen fehlt beiderseits.

Herzchock verbreitert. Herzdämpfung beginnt links oben C. III., nach rechts nicht über den linken Sternalrand. Lautes systolisches Geräusch an der Mitralis. Mitralinsufficienz.

Album. Aceton O.

Saccharum 6%.

Puls 120. — Herzklopfen, Gelenkrheumatismus will Patient nie gehabt haben.

Euphorisch. Giebt Versprechen, die weit über seine Verhältnisse sind. Schwelgt in Grössenideen. Hat mit dem Bischof von Fulda eine Flasche Wein zu 5000 Mark getrunken. Macht die unglaublichsten Bestellungen.

Unterzeichnet Briefe mit Kaiser Wilhelm P. P. der Erste. Wird dann wieder plötzlich rührselig und weinerlich.

Kritiklos. Macht abenteuerliche Pläne. Seit Januar 1887 lebhafterer Familiensinn. Verständiger. Grössenideen treten zurück. Krankheitseinsicht. Sach. 2,3%. März Saccharum 2,3%. Einsichtsvoller.

13. April. Bei der Nachricht vom Tode eines Kindes sehr traurig, weint.

27. April. Bei der Mitteilung vom Tode eines 2. Kindes gefasst, weint. Sacch. 3,6%.

3. Mai. Noch unter dem Einfluss der Trauernachricht.

1. Juni 3,3% Sacch. Briefe voll blöder Selbstüberschätzung. Keine Krankheitseinsicht.

15. Juni. Trinkt, wo er was erwischen kann; von übersprudelnder Lustigkeit.

4. August. Unter einer Schwiele an der Aussenseite der rechten kleinen Zehe Gangrän.

5. August. Gangrän schreitet weiter. Schmerzlosigkeit. Unverwüstliche Euphorie. 39°.

6. August. Trotz der Therapie macht die Gangrän schnelle Fortschritte. Operation schmerzlos. Während derselben raucht Pat. seine Cigarre, liest die Zeitung, macht Witze. Geringe Blutung. Diarrhoe. Abends Erbrechen. 38°.

7. August. Stillstand des Prozesses. Fieberlos.

10. August. Besuch der Frau.

11. August. Deprimiert.

12. August. Alte Euphorie. Will, dass seine Frau und Kinder auch herkommen, weil es hier so schön ist.

23. August. Gute Granulationen. Spuren von Albumen, Saccharum 2,9%.

Oktober. Saccharum 0,8%. Sensibilität am Fuss erhalten.

1. November. Abnahme der Intelligenz. Wunde am Fuss geheilt. Stumpfsinnig.

22. November. Frost, Zuckungen in den Armen. Mehrmaliges Erbrechen. 39°.

Mittags benommen, schläfrig, lässt mehrmals Urin unter sich. Schweiss. Abends 39,9°. 140 Pulse. Respiration 44. Fasst öfter nach dem Kopf. Klagt über Kopfweh Schlafsüchtig. Durch lautes Fragen aufzurütteln, antwortet mit unveränderter Sprache. Kniephänomen fehlt beiderseits.

23. November. Morgens 38,5°. Lässt Urin unter sich. Benommen. Erbricht. Schlafsüchtig. Puls 120. R. H. U. Rasseln. Kein Aceton. Sehr viel Eiweiss. Saccharum 2%. 39.6°. Benommen. Euphorisch. Zunge belegt, grade herausgestreckt. Expirationsluft riecht nach Aceton.

24. November. Puls gespannt. Saccharum 3,4%. Kein Aceton. Keine geformten Elemente.

Heute Nachmittag ataktisch amnestische Aphasie. Zunge grade, ohne Zittern herausgestreckt. Abends benommen. Sensibilität allenthalben gleichmässig herabgesetzt.

25. November. Morgens comatös 40.5. Puls sehr wechselnd in Völle und Tempo, nicht mehr so gespannt wie in den letzten Tagen. Beim Schlucken Beschwerden. Lässt Urin unter sich. Kein Stuhl, auch nicht auf Klysma. Meteorismus. Mittags Respiration oberflächlich, unregelmässig. Albumen reichlich. Aceton 0.

Um 3 Uhr nachmittags Tod.

Sektionsbericht.

Sehr wohlgenährte männliche Leiche. Mässige Totenstarre. An den abhängenden Körperpartieen Totenflecke. Wunde am rechten Fuss bis auf eine kleine Stelle vernarbt. Schädeldach auf dem Scheitel fest

mit der Dura verwachsen. Im Sinus longitudinalis dunkler Cruor. Längs der Längsspalte des Grosshirns ist die Dura durch sehr reichlich entwickelte und grosse Subarachnoidalzotten an die Arachnoidea geheftet. Die weichen Häute über beiden Scheitellappen, besonders längs der grossen Gefässe verdickt und getrübt. An einigen Stellen der Konvexität sind die Arachnoidalräume über den Furchen prall mit Flüssigkeit gefüllt. Venen der Konvexität des Grosshirns stark gefüllt. Von den Gefässen an der Basis sind nur die Carotid. intern. atheromatös und starr. Sämtliche Verzweigungen der Arteriae fossae Sylvii beiderseits zartwandig und durchgängig. Gewicht des Gehirns 1400 g. Windungstypus sehr regelmässig. Sämtliche Windungen breit und schön entwickelt, besonders auch die Insel, die Brocasche Windung und die Temporalwindungen. Ventrikel von normaler Weite. Auf den Durchschnitten durch das Hemisphärenmark zahlreiche grosse Blutpunkte. Konsistenz fest. Schnittfläche feucht.

Ependym aller Ventrikel zart und glatt. Keinerlei Herderkrankungen in den Hemisphären und grossen Ganglien. Am Boden des vierten Ventrikels und an einem Querschnitt durch denselben nichts Abnormes.

Am Rückenmark und serösen Häuten makroskopisch nichts pathologisches, ausser einigen kleinen Knochenplättchen in der Arachnoidea. Lage der Baucheingeweide normal. Panniculus adiposus und Fettgewebe des grossen Netzes stark entwickelt. Därme aufgetrieben. Lungen retrahieren sich bei Eröffnung des Thorax gut. Die linke ist an der hintern Fläche, die rechte an der Basis leicht adhärent.

Beide allenthalben in normaler Weise lufthaltig.

Im Herzbeutel ca. 50 ccm klare Flüssigkeit. Herz in toto etwas vergrössert. Subpericardiales Fettgewebe stark entwickelt. Atrioventrikularklappen für zwei Finger durchgängig. Im rechten Herzen dunkler Cruor. Linker Ventrikel leer. Pulmonal- und Atrioventrikularklappen intakt. Die Semilunarklappen der Aorta durch kalkige Einlagerungen im Zentrum ziemlich starr, am Rande der Mitralklappen leichte Verdickungen. Herzmuskulatur braun. Mikroskopisch viel Pigment in Längsreihen, kleine Fetttröpfchen. Querstreifung überall erhalten.

Leber von normaler Grösse. Gallenblase mit hellgelber Galle angefüllt. Parenchym gelb. Inselzeichnung verwischt. Milz sehr gross 14 : 11 : 5, cadaverös verändert.

Im Magen wenig flüssige Speisereste. Schleimhaut intakt.

Nierenkapsel leicht abziehbar. Nieren gross. Corticalis sehr breit. Glomeruli undeutlich. Ansehnliche Epithelverfettung der Harnkanälchen.

XI.

Aetiologie: Blei.

Zittern und Abweichen der Zunge. Sprachstörungen. Facialisdifferenzen. Tremor im Gebiet des Mundfacialis. Tremor der Extremitäten. Kniephänomen sehr lebhaft, Achillessehnenreflex sehr deutlich. Gang schleudernd. Aschfahle Gesichtsfarbe (Teint terreux). Schlaflosigkeit. Gesichtstäuschungen. Umdeutungen. Aphasie. Unruhe. Angst. Abnahme der Intelligenz. Genesung.

C. K., Goldarbeitergehilfe und Musiker aus H., 48 J. alt. Aufnahme 19. II. 95, Entlassung 23. VI. 95.

Eltern gesund gewesen, beide an Schlaganfällen gestorben. Pat. ist Vater von 2 Kindern. Auf der Schule faul im Lernen gewesen, doch schnell fassend. Sanft, still, leicht zerstreut. Normal entwickelt. Hat in seinem Beruf viel mit Blei zu thun gehabt. Als Musiker viel nachts angestrengt gewesen; Fagottblasen fiel ihm in der letzten Zeit sehr schwer. Sonst stets gesund gewesen.

Seit Weihnachten 1894 Zittern der Hände. 3. Februar 1895 fing er an Käfer, Spinnen und andre Tiere zu sehen, war verstört, schlief nicht. Kein Trinker. 15. Februar. Grössere Unruhe, Aengstlichkeit, dachte immer, dass er ermordet würde. Gesichtstäuschungen. Umdeutungen; ging immer mit Revolver aus. Behauptet, Ulanen hätten ihn in einen Stall geworfen und geschlagen. 17. Februar versucht er die Möbel zu demolieren. Schlaflos.

Brompräparate, in den letzten Tagen Morphium und Chloralhydrat ohne Erfolg. Ruhig, schwermütig. Gedächtnis nimmt ab. 19. II. Aufnahme.

Matt, niedergeschlagen; schlaffer, hinkender Gang. Sprache schlaff; stottert. Kräftig gebaut, gut genährt. Hautfarbe sehr blass. Starker Tremor im Facialisgebiet und der Extremitäten. Schmerzhaftigkeit der linken Ferse. Schädelumfang 61 cm. Pupillen reagieren rasch und ausgiebig. Rechte Nasolabialfalte verstrichen. Zunge zittert beim Herausstrecken und weicht nach rechts ab. Patellarreflex sehr lebhaft, Achillessehnenreflex sehr deutlich. Kein Klonus. Hautreflexe von gewöhnlicher Intensität. Schmerzempfindlichkeit nicht herabgesetzt. Pat. unterscheidet und lokalisiert richtig Berührung mit Nadelknopf und Spitze. Knie-

hackenversuch etwas ungeschickt ausgeführt. Lagevorstellungsvermögen erhalten. Deutliches Schwanken im Stehen bei geschlossenen Augen. Gang anscheinend etwas schleudernd, doch nicht sehr deutlich, da Pat. wegen der Schmerzhaftigkeit des rechten Fusses hinkt.

Bedeutende Sprachstörung, nicht recht orientiert über Ort und Zeit.

Schwierige Rechenexempel ist er nicht imstande zu lösen. Schlaf schlecht.

Urin trübe, sauer, bräunlich gelb, ohne pathologische Bestandteile.

20. II. Ohne Schlafmittel gut geschlafen.

Nahrungsaufnahme genügend.

25. II. Erholt sich, wird hoffnungsvoller.

1. IV. 95. Tremor im Facialisgebiet und an den Extremitäten hat nur wenig nachgelassen. Gesichtsfarbe weniger aschfahl, aber immer noch bleich, gelblich. Beim Sprechen macht sich der Tremor im Mundfacialis immer noch bemerkbar. Patient noch schwer besinnlich. Antwortet langsam und zögernd, nach längerem Nachdenken. Ueber Ort und Zeit orientiert. Schlaf ohne Mittel gut. Krankheitseinsicht vorhanden.

Häufig Druck und Völle in der Magengegend, besonders nach dem Essen. Stimmung gleichmässig apathisch ohne besonderes Vorherrschen eines Affektes.

20. IV. Psychisch klarer. Körperlich sehr erholt.

1. V. Fibrilläres Zucken im Mundfacialis. Augenhintergrund normal.

Gleichmässig, ruhig. Krankheitseinsicht.

23. VI. Als genesen entlassen.

XII.

Hysterische Seelenstörung. Intoxikation durch Brom.

Foetor ex ore. Rachenreflexerregbarkeit erloschen. Acne. Kniephänomen lebhaft beiderseits. Hyperaesthesie der Haut. Kopfschmerzen. Apathie. Schlaflosigkeit. Gemütliche Depression. Praecordialangst. Todesfurcht. Vergiftungsideen. Sinnestäuschungen. Verwirrtheit. Unorientiertheit. Tiefe Benommenheit. Schwinden der Intoxicationserscheinungen. Primäre Psychose unheilbar.

A. K. aus K., 35 J. alt.
Aufnahme 12. November 1881.

Eltern gesund. Eine Schwester hysterisch. Sehr veranlagt; vorzügliche Erziehung. Im 16. Jahre zum ersten Male menstruiert. Menses unregelmässig; ohne Beschwerden. Mit 18 Jahren unglückliche Liebe. Geisteskrank. Melancholie. Manie. Genesung nach 6 Monaten. Wie der Zustand der Patientin bis zu ihrer Verheiratung war, darüber fehlen Angaben. Der Hausarzt berichtet, dass im ersten Jahre ihrer Ehe, 1870, exquisite Hysterie nachweisbar war, die sie auch nach vier normalen Geburten nicht verlor.

Ihr Mann sehr nervös, exzentrisch.

Nach und nach traten bei ihr heftige psychische Symptome in den Vordergrund. Praecordialangst mit Todesfurcht, Vergiftungsideen, Hysterische Lähmungen. Abnorme Sensationen, Schlaflosigkeit; Unreinlichkeit. Um sie zu beruhigen, wurde ihr Bromkalium verordnet, von dem sie sehr viel brauchte ohne Nutzen.

Unter Cumulierung aller dieser Erscheinungen 12. XI. 81 Aufnahme in die hiesige Anstalt.

Bei der Aufnahme apathisch. Starker Foetor ex ore. Rachenreflexerregbarkeit erloschen. Zunge belegt. Reichliche Bromakne im Gesicht und auf dem Rücken. Sehr hyperaesthetisch. Kniephänomen lebhaft. Klagt über Kopfweh. Springt auf, will fort, bleibt erst nach Mitternacht im Bett. Keine weiteren Störungen der Innervation nachweisbar.

Reinlich. Nimmt wenig Nahrung zu sich.

14. XI. Schläft ruhig. Reinlich. Stuhl auf Klystier. Völlige Abulie.

18. XI. Sieht oft unters Bett. „Da ist er ja.“ Unruhig. Wehrt sich sehr gegen eine Morphiuminjektion, schläft aber danach gut. Noch starker Foetor ex ore. Verwechselt die Personen. Unorientiert. Neigung zum Obscönen.

8. XII. Steckt die Finger in den Anus, versucht sich zu verunreinigen. Wehrt sich gegen Nahrungsaufnahme. Entwendet fremdes Eigentum.

21. XII. Mehrere Stunden geistiger Klarheit. Schläft ruhig. Isst von selbst. Am andern Morgen wieder umnebelt.

26. XII. Apathisch. Isst wenig. Dann wieder unruhig.

1. I. 82. Im allgemeinen derselbe Zustand. Schreibt ihrem Mann einen Brief. Schrift ohne pathognomonische Zeichen. Unter schwieriger Pflege gingen diese Erscheinungen langsam zurück.

Die Angstgefühle wurden seltener und milder, dagegen bestanden allerhand Sensationen fort. Es war ihr, als ob sie aus 2 Teilen bestände, der Kopf auseinandergehe, eine ganze Seite gefühllos sei.

Die Nahrungsaufnahme wurde besser, aber pervers. Bald ass sie nur dies, bald das. Trank z. B. nur Bratensauce, ass die Butter vom Brot mit dem Löffelstiel; kurz es zeigte sich beim Essen die seltsamste Abweichung von Sitte und Anstand. So war ihr ganzes Auftreten ein sonderbar eigenartiges; ihre Frisur, ihre Hauben, Kleider, alles trug den Stempel des Auffallenden, Theatralischen und auch oft Unanständigen. Ihre Arbeiten hatten den Charakter des Gesuchten. Wenn sie auch hie und da anscheinend schöne Gedichte, Briefe, Gratulationen vorlegte, so war doch alles maniriert und täuschte mehr Intelligenz vor, als in Wirklichkeit vorhanden war, wozu sie ihre hohe Bildung ganz besonders befähigte. Offenbar erloschen immer mehr ihre ethischen Vorstellungen und ihrem krankhaften Egoismus musste alles weichen. Scheinbar wahrte sie wohl im schriftlichen Verkehr den Schein, als ob sie noch grosses Interesse an den Ihrigen habe. Alle Briefe trugen aber mehr den Charakter der Intrigue und Verläumdung. Die eigentliche selbstlose Hingebung an die Familie war nicht mehr vorhanden, was sich besonders bei Besuchen zeigte. Nach und nach sah sie wieder besser aus. Das Körpergewicht schwankte immer von 100—110 Pfund. Anfang Mai 1886 traten zum ersten Male wieder die Menses auf. Die Erscheinungen der Melancholie traten nie mehr ganz zurück. Sie ist vollkommen unter dem Einfluss ihrer krankhaften Launenhaftigkeit, Zwangshandlungen und abnormen Sensationen. Nur noch selten tauchen intellektuelle und ethische Reste aus ihrer reichen geistigen Vergangenheit herauf. Der Organismus hat sich diesen abnormen geistigen Symptomen vollkommen accomodiert. Die Ernährungsverhältnisse, Schlaf, Menses sind regelmässig geworden. In den letzten Jahren ist ihre Intelligenz deutlich gesunken. Ihre Arbeiten, Briefe, ihr Auftreten entbehren der früheren Originalität. Da sie ausser Stande war, ihre Angelegenheiten selbst zu verwalten, musste sie entmündigt werden.

Bei der langen Dauer des Leidens und den sich einstellenden Symptomen geistiger Schwäche ist an eine Heilung nicht mehr zu denken. Patientin ist jetzt bereits 16 Jahre in der Anstalt, ohne dass sich in dem Krankheitsbild etwas wesentliches geändert hätte.

XIII.

Aetiologie: Morfin, Cocain, Alkohol.

Fahle Gesichtsfarbe. Vibrieren der Lippenmuskulatur beim Sprechen. Sprachstörungen. Tremor manuum. Ideenflucht. Erregung. Motorische Unruhe. Gehörstäuschungen. Gesichtstäuschungen. Verfolgungs- und kritiklose Grössenideen. Stimmungswechsel. Vernachlässigung des Aeusseren. Geistige Schwäche. Genesung.

X. J., Arzt, 42 J. alt.

Aufnahme 10. VII. 95, Entlassung 27. VII. 95.

Keine erbliche Belastung. Als Kind gesund, lebhaft, gutmütig, schnell fassend, mit gutem Gedächtnis begabt. Konsumierte, um seine anstrengende Praxis ausüben zu können, viel Alkohol. Seit 1882 verheiratet. Zwei Kinder. Wurde aus Uebermut Morphinist und sekundär Cocainist. Nach eigner Angabe bis 5 gr. Cocain und 0,5 gr. Morphium pro die.

1893 schon von einem Kollegen Diagnose auf Morphinismus gestellt. Seit dieser Zeit anfällig.

Zu Haus bewaffnete er sich gegen seine vermeintlichen Feinde, glaubte in seinem Hause sei eine Falschmünzerbande, ging nachts mit einem Säbel im Hause umher, sah seine Feinde (Gesichtstäuschungen, Gehörstäuschungen), deren Stimmen er aus der ausgehölten Wand heraushörte. Steht nachts öfter auf aus dem Bett, geht im Hause umher, macht sich dann eine Morphiuminjektion. Sucht zuweilen nach kleinen Tieren und Flöhen, die er glaubt gesehen zu haben. Manchmal geht er überhaupt wegen seiner Wahnvorstellungen nicht ins Bett und zwingt seine Frau ebenfalls aufzubleiben. Telegraphiert zur Polizei, bittet sie um Hilfe in konfusen Depeschen gegen seine Verfolger. Grössenideen: Hat grosse wissenschaftliche Entdeckungen gemacht.

März 1895 erklärt er ohne Grund eine ganze Schule für verkrätzt. April 1895 giebt er sich in ärztliche Behandlung. In hohem Grade erregt, ideenflüchtig; nachlässig in der Toilette. Hat in einem kleinen Koffer wissenschaftliche Präparate (ärztliche Instrumente, Pappschachteln, Sardinenbüchsen, Wäschestücke. In den Behältern nicht näher definierbare festweiche Massen, aus welchen er Reinkulturen von Krätzmilben kultivieren will. Hat neue Verbandsstoffe erfunden, Patent auf eine Spritze. In der Unterhaltung nicht zu fixieren. Zittern in den Händen. Vibrieren

der Lippenmuskulatur beim Sprechen. Leichte Sprachstörungen. Pat. verschluckt einzelne Silben, lässt andre aus, findet häufig nicht das richtige Wort, verspricht sich. Die Diagnose wurde offen gelassen. Erregungszustand auf dem Boden einer Paranoia oder Progressive Paralyse.

Bei seiner Aufnahme in die Anstalt 10. VII. 95 stellt er sich vor als Morphinist und Cocainist. Grosse Erregung, motorische Unruhe. War acht Nächte nicht zu Bett gegangen.

Wohlentwickelter Mann von schlechter Gesichtsfarbe. Mässig kräftige Muskulatur. Puls 64. Kühle Haut. Auf der Brust eine grosse Menge stichförmiger Schorfe von Abscessen, die durch die Injektion entstanden waren. Schädel symmetrisch, frei von adhärenten Narben. Augenbewegungen frei. Pupillen von mittlerer Weite, reagieren normal. Sensibilitätsstörung nicht nachweisbar. Urin klar. Keine pathologischen Bestandteile.

11. VII. Sprachstörungen. Vibrieren der Lippenmuskulatur. Unruhig, steht oft aus dem Bett auf, schimpft auf den Wärter, will ihn erschiessen. Bei der Visite sagt er zum Arzt, er könne nicht mal richtige Diagnosen stellen. Gegen Abend unruhig. Viel Alkohol. Paraldehyd. Schlaf mit Unterbrechung. Nahrungsaufnahme gut.

12. VII. Ueberstürzt sich beim Sprechen, macht unmotivierte Bewegungen. Bei der Unterhaltung tritt er immer hin und her. Renommiert, schwadroniert, zieht sich an und wieder aus. Freundlich, liebenswürdig, dann wieder hochfahrend, unzufrieden. Nach Paraldehyd Schlaf.

14. VII. Renommiert mit seinen grossen, wissenschaftlichen und medizinischen Kenntnissen, behandelte die Aerzte von oben herab. Unfähig sich zu beschäftigen. Bewundert seine Energie, mit der er die verordnete Ueberernährung durchführt, macht fade Witze.

15. VII. Sehr labil, wechselnd in seinen Wünschen. Kritiklos in wissenschaftlichen Dingen, faselt viel; ungeduldig. Gewagte Theorien. Der Alkoholkonsum wird allmählich eingeschränkt.

22. VII. Arbeitet Akten auf. Sehr von seinen Leistungen und Kenntnissen eingenommen. Sehr guter Stimmung, ohne rechte Krankheitseinsicht.

27. VII. Als genesen entlassen.

Körpergewicht stieg von 132 auf 143 Pfund.

Juli 1897. Ist gesund geblieben, musste aber inzwischen wieder eine Entziehungskur durchmachen.

XIV.

Aetiologie: Morfin, Cocain.

Zuckende Bewegungen im linken Facialisgebiet. Gehörstäuschungen. Selbstüberschätzung. Grosse Pläne. Nicht dauernd zu beschäftigen. Euphorie. Geistige Schwäche. Fortschreitende Besserung.

Y., 32 J. alt, Arzt.
Aufnahme 27. V. 89, Entlassung 6. V. 90.

Eltern geistig normal. Bruder der Mutter an Dementia paralytica in Marburg, 33 Jahre alt, gestorben.

Als Kind still, schnell fassend. Als Student viel getrunken.

Seit 1882 (Student in H.) gab er sich ohne bekannte Veranlassung dem Morphinismus hin.

1886 Entziehungskur in K. Darauf Marinearzt bis 1888 in K. Dort anscheinend kein normales geistiges Verhalten. Hier gewöhnte er sich neben dem Morphiumgenuss noch an den des Cocains.

1,0 Morphium und 0,9 Cocain pro die. Die Cocaininjektionen hätten ihm nie eine angenehme Stimmung verschafft. Auch habe er oft Abscesse danach bekommen, die er sich selbst öffnete. Infolge des Cocains Gehörstäuschung, meist die eigenen Gedanken. Er sei geistig und moralisch heruntergekommen, keine Interessen. Bei der Entziehung ziemlich unangenehme Inanitionserscheinungen. Zuletzt habe er 0,4 Morphium, 0,3 Cocain pro die genommen.

Dezember 1888 Entziehungskur, welche gut durchgeführt wurde. Zur Nachkur nach E. Dort abnormes, geistiges Verhalten. Sexuell sehr erregt. Grosse Pläne. Hang zum Trinken. Unfähigkeit, sich ärztlich zu beschäftigen. Von dort entlassen.

27. V. 89. Aufnahme in Marburg. Kräftig gebauter Mann mit gut entwickelter Muskulatur. Guter Ernährungszustand. Viele pigmentierte Injektionsstellen, besonders an den Unterextremitäten. Motorische Kraft gut. Keine Sensibilitätsstörungen. Reflexe normal. Pupillen mittelweit, ohne Differenz, reagieren prompt.

Zunge grade herausgestreckt, keine Sprachstörungen.

Bewegungstrieb gesteigert. Zuckende Bewegungen im linken Facialisgebiet.

Keine Lähmungen. Deutliche, geistige Schwäche. Schlaf. Kräftezustand gut. Stimmung bei der Aufnahme gehoben. Spricht ziemlich frivol über seine Zukunft.

28. V. Schlaf unruhig, weil er an mehr Alkohol des Abends gewöhnt sei.

29. V. Gut geschlafen.

Behauptet, seit Anfang Januar weder Morphium noch Cocain genommen zu haben.

Seit 10 Jahren sei er an der Verfassung von einem Roman beschäftigt, der nächstens herauskommen solle.

Er kann alles. Bildet sich viel auf seinen Roman und den dramatischen Stil ein. Inhalt, Form und Illustrationsproben sehr traurig. Thut sich viel auf sein klägliches Klavierspiel zugute. Klimpert nach selbstgeschriebenen Noten, nennt sie Opera 9. Macht sich an die schwierigsten Aufgaben. „Man macht ja alles."

Hat ein Skizzenbuch, das von völliger Talentlosigkeit im Zeichnen zeugt, beschäftigt sich mit nichts ordentlich. Nonchalant. Freier Ton. Erklärt selbstgefällig: Den Forstassessor hab ich in der Botanik reingelegt, einen Dozenten in der Kunstgeschichte in der Aesthetik. Dekoriert sich mit Sträussen. Nimmt gar keine Rücksichten auf andre. Prügelt sich mit andern Kranken, verträgt sich dann wieder mit ihnen. Will sich als Arzt niederlassen und heiraten. Es könne ihm ja gar nicht fehlen, einen andern auszustechen.

Beschäftigt sich den ganzen Tag mit kindischem Tand, baut Schiffchen, macht sich einen Flitzbogen und ist stolz darauf, dass er sich so gut amüsieren kann. Die Aufforderung, sich in seinem Fach zu beschäftigen, weist er mit allerhand Einwänden zurück. In einer geschlossenen Anstalt könne man nicht arbeiten. In seinem Fache sehr unwissend. Energielos. Hänselt gesellschaftlich unter ihm stehende Patienten. Schimpft über das Essen. Beschmiert Bücher mit Tinte, verbrennt mit seiner Cigarre die Politur des Klaviers und sengt die Tasten an.

Lässt sich heruntermachen wie ein Schulbube. Schlägt brutal auf andre Patienten ein.

In der Unterhaltung rücksichtslos. Widerspricht ganz blöde in Dingen, die er nicht versteht.

März 1890. Hat sich ein Lehrbuch der pathologischen Anatomie geben lassen. Treibt das Studium in sehr oberflächlicher Weise.

16. Mai. Der Vater des Patienten will versuchen, ihn zu Hause zu pflegen. Als gebessert entlassen. Nach späteren Nachrichten machte die Besserung weitere Fortschritte.

XV.

Aetiologie: Morfin, Chloral, Choroform.

Pupillenstarre. Zittern der Zunge in ihrem Gewebe. Starker Tremor der Extremitäten. Schlaflosigkeit. Erregung. Angst. Gehörs- und Gesichtstäuschungen. Unorientiertheit. Vergiftungswahn. Vorübergehende Unreinlichkeit. Genesung.

A. B., Oberingenieur a. D. aus K., 71 J. alt.

Aufnahme 13. V. 87, Entlassung 21. 5. 87.

Eltern gesund. Pat. selbst hat sich normal entwickelt. Stets gesund gewesen. Bis er steinleidend wurde vor einem Jahre. Seit Februar 1887 schlaflos. Morphium, Chloral.

9. Mai 1887. Steinoperation. Chloroformnarkose. Gegen Abend tobsüchtig; lichte Zwischenräume. Aengstliche Traumbilder. Starkes Zittern der Extremitäten, so dass Pat. nicht gehen kann. Stimmenhören.

Pupillen eng, reaktionslos.

Zunge grade herausgestreckt, zittert in ihrem Gewebe.

Bei der Entleerung der Excremente wurde nicht vollständig die Reinlichkeit beobachtet.

In den folgenden Tagen dasselbe Verhalten. Aufgeregt, laut schreiend, ängstlich.

13. Mai Aufnahme. Laut jammernd, fast verzweifelt, hinfällig, unorientiert, schwer fassend, verwechselt den Arzt fortwährend mit andern Personen. Wird beim Ansehen der Speisen erregt, hält sie für vergiftet.

Puls schlecht, unregelmässig, schwach. Pupillen eng, reaktionslos.

Zunge ziemlich trocken, zittert beim Herausstrecken in ihrem Gewebe. Starker Geruch nach Paraldehyd.

14. Mai. Wenig geschlafen. Viel gejammert.

Nimmt sehr viel flüssige Nahrung zu sich. Bei der Morgenvisite etwas klarer, erinnert sich des Arztes von gestern nicht mehr. Erzählt, wenn auch nach langem Besinnen seine Leidensgeschichte. Klagt viel. Sieht schwarze Punkte (Käfer). Pupillen etwas weiter, reagieren. Puls schwach, unregelmässig.

15. Mai. Viel klarer. Pupillen reagieren.

16. Mai. Wenig Schlaf. Stimmung besser. Die schwarzen Punkte nicht mehr gesehen.

18. Mai. Puls voll, kräftig regelmässig.

19. Mai. Orientiert. Ruhig.

21. Mai. Nach Wildungen zurück. Operation in Chloroformnarkose. Zustand danach sehr befriedigend. Ist nach späteren Nachrichten gesund geblieben.

XVI.

Aetiologie: Ergotismus.

Pupillendifferenz. Pupillenstarre. Undeutliche Sprache. Häsitieren. Silbenstolpern. Kniephänomen fehlt. Epileptische Krämpfe. Narben am Zungenrand. Krampfhaftes Ziehen an den Vorderarmen und Beinen. Stirnkopfschmerz. Bald aufgeregtes, bald ruhiges Verhalten. Stimmungsanomalien. Benommenheit. Abgeschlagenheit. Schwindel. Stupor. Geistige Schwäche. Genesung mit leichtem geistigen Defekt.

Cath. Cr. aus G., Kreis Frankenberg, 38 J. alt.
(Dr. Fritz Siemens Psychosen bei Ergotismus, Beobachtung II).
Aufnahme 24. II. 80, Entlassung 18. VII. 80.

Pat. hereditär nicht belastet. Früher stets gesund, litt seit Herbst 1879 an der Kriebelkrankheit. Ihr Mann war Trinker, Verschwender. Dieser, wie ihre zwei noch lebenden Kinder blieben gesund.

Etwa 6—8 Wochen vor der Aufnahme in die Irrenheilanstalt Marburg trat das Irresein auf.

Pat. sass still vor sich da; gab keine Antworten. Zwischendurch wieder plötzlich aufgeregt, redete irre und tobte.

Epileptische Krämpfe.

Bei Aufnahme benommen, blöde, unbehilflich, verwahrlost.

Appetit gut. Stuhlgang angehalten. Menses sistieren seit 2 Jahren. Bei Abbruch der Lactation trat der Ergotismus auf und während dieser Krankheit blieben die Regeln aus.

Pupillen mittelweit oder weiter, manchmal ungleich.

Krampfhaftes Ziehen in den Muskeln der Vorderarme und Beine. Sensibilität intakt. Kniephänomen fehlt.

Epileptische Anfälle erst häufiger, fast täglich, später seltener. Im Stadium der Bewusstlosigkeit nach den Krämpfen Pupillen erweitert, anfangs starr, reagierten dann allmählig auf Licht. Hinterher unbesinnlicher und benommener wie sonst.

Klagt noch eine Zeit lang später über Abgeschlagenheit und Schwindel.

Anfangs bei den Anfällen unrein, später nicht mehr. Anfangs Stupor, zumal nach den epileptischen Anfällen. Pat. sprach langsam und undeutlich, meist nur einzelne Worte, lag meist im halben Coma da.

Speisen unbehilflich, mechanisch, oft verkehrt, zum Munde geführt, wie ein Kind.

Anfang April 1880 Kopfweh, unerträgliches Hautjucken.

7. April. Grosse Euphorie; rühmt sich. Deutliches Häsitieren, echtes Silbenstolpern.

12. April. Gedrückte Stimmung. Häsitieren tritt zurück. Unbehilflichkeit des Denkens. Langsame geistige Reaktion.

Im Lauf des April Besserung. Leichte Arbeit.

Letzter epileptischer Anfall war am 30. Mai.

Anfang Juni dauernde Besserung. Es besteht nur noch Schwäche in den Beinen, Ziehen in den Händen.

Kniephänomen fehlt ganz.

Körpergewicht hat zugenommen.

[Fortsetzung dieses Krankenberichts in: „Ueber die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Zentralnervensystem von Dr. F. Tuczek." Archiv für Psychiatrie, Band XVIII].

Seit Entlassung (18. VII. 80) keine Krämpfe. Manchmal Stirnkopfschmerz, besonders zur Zeit der Menses, die wieder regelmässig sind. Sie gilt im Dorf als etwas albern seit der Kriebelkrankheit; wird auf Gemeindekosten erhalten.

Bei der Feldarbeit brauchbar.

16. Mai 1886. Grosse Euphorie. „Alles schön! Alles hübsch!" Guter Ernärungszustand.

Narben am rechten Zungenrand. Pupillen mittelweit, ohne Differenz, reagieren prompt.

Kniephänomen fehlt beiderseits, keine Sprachstörungen.

XVII.

Aetiologie: Ergotismus.

Sprachstörungen. Fehlen des Kniephänomens. Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit. Kriebeln und Gefühl von Taubheit in den Extremitäten. Epileptische Anfälle. Schwanken beim Stehen mit offenen, viel mehr noch mit geschlossenen Augen. Schlaflosigkeit. Angstanfälle. Visionen. Benommenheit. Gedächtnisschwäche. Geistige Schwäche. Genesung. Recidiv. Tod im epileptischen Anfall.

A. S. (Tuczek, Veränderungen im Zentralnervensystem bei Ergotismus. Archiv für Psychiatrie XIII. Beobachtung XXVI), Ackermann aus H., 37 Jahre alt.

1. Aufnahme 22. Okt. 1880, Entlassung 12. Dez. 1880,
2. „ 22. Aug. 1880, „ 5. Febr. 1883.

Eine Schwester geisteskrank. Selbst stets gesund bis auf schweren Typhus mit 25 Jahren. Mehrfache Drüsenabscesse.

1879 infolge Ergotismus vorübergehend irre. Angstanfälle; er sah, sobald er sich ins Bett legte, Figuren, Vögel, Totenköpfe, Gesichter, die immer grösser wurden. Gedächtnis ist damals sehr geschwächt gewesen. Vor sechs Wochen wieder erkrankt. Arbeitslust schwand, er taumelte beim Gehen, schlief schlecht, wurde matt, stierte stumm vor sich hin. Sprache mühsam.

21. XI. Epileptischer Anfall.

Bei der Aufnahme weder Geistesstörung, noch sonst abnorme Erscheinungen auf motorischem Gebiet. Beim Stehen mit geschlossenen Augen sofort heftiges Schwanken. Sensibilität intakt. Kniephänomen fehlt. Pupillen mittelweit, ohne Differenz, reagieren gut.

Ging alsbald an die Arbeit, erschien während der ganzen Beobachtungszeit geistig intakt.

12. XII. 80. Entlassen.

22. VIII. 81. Wiederaufnahme.

Seit der letzten Heuernte „turmelig". Seit der Zeit drei bis vier epileptische Anfälle.

Beim Eintritt in die Anstalt taumelte Pat. derartig, dass er nicht ohne Unterstützung auf die Abteilung gehen konnte.

Sensorium frei. Ernährungszustand gut. Gang unbehilflich, unsicher, nicht ataktisch. Im Verlauf der nächsten Wochen wiederholt epileptische Anfälle. Nach den heftigeren Anfällen 1—2 Tage benommen. In freien Zwischenräumen schweres Krankheitsgefühl.

12. X. Pat. macht entschieden einen dementen Eindruck. Antwort langsam. Oft stockt er mitten im Satz und wiederholt die Worte. Er weiss nicht annähernd, wie lange er hier ist, wann er geheiratet hat. Klagt selbst über Abnahme des Gedächtnisses. Früher habe er die Worte schneller finden können, und die Gedanken besser sammeln können. Unsicherheit im Gehen. Kriebeln in den Beinen.

Gefühl von Eingeschlafensein derselben. Wenn er den Arm auflege, sei auch hier das Kriebeln gleich da. Zum Pfeifen Mund zugespitzt. Zunge grade herausgestreckt. Pupillen mittelweit, beiderseits gleich, auf Lichteinfall und Accommodation verengt. Keine Seh- und Hörstörungen. Rachenreflex erloschen (nimmt Bromkalium). Er schwankt beim Stehen mit offenen, weit mehr noch mit geschlossenen Augen. Geht etwas unsicher, hält aber die grade Linie ein. Soll er plötzlich Halt machen, so gerät er in starkes Schwanken. Die Arme kann er ziemlich lange ausstrecken, ohne dass Schwanken eintritt.

Alle Einzelbewegungen der Extremitäten sind im Bett gut ausführbar, auch bei geschlossenen Augen.

Bewegungen ohne eine Spur von Ataxie ausgeführt. Grobe motorische Kraft an den Extremitäten gut erhalten. Faradische und galvanische Muskelerregbarkeit normal.

Empfindlichkeit für taktile Reize wohl erhalten. Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper hochgradig herabgesetzt. Ueberall auch an der Kopfhaut, kann eine Hautfalte ohne Schmerz durchstochen werden. Bei ganz tiefen plötzlichen Nadelstichen folgen Andeutungen von Schmerzgefühl. Nur bei exzessiv starken Kneifen Schmerzensäusserung.

Starkes Drücken der Finger und Zehen schmerzlos. Faradische Sensibilität hochgradig, rechts mehr wie links herabgesetzt. Raumsinn wohl erhalten. Keine auffallenden Veränderungen im Temperatur- und Kraftsinn. Muskelsensibilität, sowie die Vorstellung von der Lagerung der Glieder wohl erhalten. Hautreflexe lebhaft, speziell Fusssohlen- und Bauchreflexe. Kniephänomen beiderseits auch nicht andeutungsweise vorhanden.

Musculus quadriceps femoris mechanisch erregbar. Auch an den Oberextremitäten fehlen Sehnenphänomene. Ende März 1882 Status idem. Pat. klagt öfter über Gefühl von Ameisenkriechen, besonders in den Beinen, plötzliche Zuckungen durch die Beine.

Epileptische Anfälle, 1—2 Mal im Monat. Nach diesen Anfällen taumelig. Silbenstolpern. Geistig dement. Euphorisch.

Oktober. Keine Anfälle. Kann nicht arbeiten, da er beim Stehen und Bücken schwankt.

Dezember. Hilft bei leichter Hausarbeit.

1883. Januar. Noch sehr unsicher auf den Beinen. Körpergewicht 166 Pfund.

5. Februar. Kniephänomene, sowie die Sehnenreflexe des Biceps und Triceps brachii, der Achillessehne fehlen. Wird heute in die Heimat entlassen, wo er am 18. Mai 1883 an Krämpfen starb.

XVIII.

Aetiologie: Ergotismus.

Fehlen des Kniephänomens, des Biceps-, Triceps-, Achillessehnenreflexes. Hautreflexe lebhaft. Epileptische Anfälle. Gang taumelig. Kann ohne Stütze nicht gehen. Beim Stehen mit geschlossenen Augen drohte Pat. nach vorn überzufallen. Silbenstolpern. Incohärenz im Reden. Schlaf-

losigkeit. Schlafsucht. Mattigkeit. Benommenheit. Unlust zur Arbeit. Erregungs- und Angstzustände. Stimmungsanomalien. Gedächtnisschwäche. Geistige Schwäche. Euphorie. Remittierender Verlauf. Genesung mit leichtem geistigen Defekt.

(Tuczek, ibidem, Beobachtung XX).

R W., Ackermann aus F., 48 Jahre alt.

1. Aufnahme 4. X. 80, Entlassung 1. XI. 80,
2. „ 7. I. 81, „ 6. III. 81,
3. „ 11. IV. 86, „ 14. VIII. 86.

Hereditär nicht belastet. Potator. Vater von 8 Kindern. Im 25. Lebensjahre Pleuritis. Sonst stets gesund. Seit der Kriebelkrankheit Oktober 1879 schlaff, matt, schläfrig, unlustig zur Arbeit. Einige Monate später wurde er ängstlich, incohärend im Reden. Vor 8 Wochen stuporös.

Bei der Aufnahme klagt Pat., er könne schlecht denken, schlecht arbeiten, habe Schwindel im Kopf und kein rechtes Gefühl. Beim Sprechen widerholt er die Worte öfter. Sensorium frei.

Ablauf der Vôrstellungen offenbar verlangsamt. Störungen der Motilität und Sensibilität bestehen objektiv nicht. Kniephänomen fehlt beiderseits. Appetit, Schlaf gut.

9. Oktober. Hat unruhig geschlafen, Angst gehabt, geschrieen, die Leute rückten ihm zu nahe. Abends weist er das Essen zurück, speit es aus.

10. X. Düstre Stimmung. Ich-Ich-Ich bin verloren. Nach weiteren Fragen äussert er, er hätte sich gegen seine Gesundheit vergangen. 1. November entlassen.

Am 7. Januar 1881 sucht er die Anstalt wieder auf. Schon einige Tage nach seinem Austritt hätte der Schwindel angefangen. Schlecht genährt. Sensorium frei. Taumelig. Schlafsüchtig. Indolent, träge im Denken. Schwach auf den Beinen. Gang nichts auffälliges. Beim Stehen mit geschlossenen Augen tritt bald heftiges Schwanken auf. Einzelbewegungen geschickt und gut ausgeführt. Sensibilität in allen Qualitäten erhalten, ebenso Reflexerregbarkeit.

Kniephänomen und sämtliche andren Sehnenreflexe erloschen. Sprache intakt. Appetit stark. Pupillen mittelweit, reagieren gut. Schlaf ungestört.

19. Januar. Deprimierte Stimmung. Wenn Sie mich nicht nach Hause lassen, gehe ich tot.

21. Januar. Vergangene Nacht ängstlich, schrie um Hilfe. Klagt heute früh, seine Knochen wären wie zermalmt. Er käme nie wieder nach Hause.

Anfang Februar wurde er geistig reger. Arbeitslust. Konnte selbständig auf dem Oekonomiehof beschäftigt werden.

Anfang März. Das Körpergewicht hat sich auf 114 gegen 101 Pfund bei der Aufnahme gehoben.

Bei der Entlassung keine krankhafte Erscheinungen. Nur Kniephänomen war nicht auszulösen. Es fehlte auch beim Besuch am 3. Juli 1881.

Erkrankte zu Hause wieder an Krämpfen und Beängstigungen, bot Gehstörungen dar und war in den letzten Monaten ganz ohne Verstand, sogar rasend.

3. Aufnahme 11. April 1886.

Körperlich sehr herabgekommen. So schwach auf den Beinen, dass er beim Gehen unterstützt werden muss, wenn er nicht straucheln oder fallen soll.

12. April. Nachts Erbrechen. Pat. sitzt stumpfsinnig, mit gesenktem Haupt da. Lässt sich nur durch lautes Anreden wach rufen, vergisst die an ihn gerichteten Fragen. Auffällige Euphorie. Steht sehr unsicher auf den Beinen. Frei gestellt macht er kleine unsichere Schritte ohne jede Spur von Ataxie, droht aber zu fallen. Bei geschlossenen Augen und Fussspitzen kann er einige Sekunden ohne zu schwanken stehen, wobei er den Kopf nach vorn neigt. Er gerät auch weiterhin meist in seitliches Schwanken, droht aber nach vorn über zu fallen. Druck der Hände äussert schwach. Taktile Sensibilität überall, auch an den unteren Extremitäten intakt.

Keine Sprachstörungen. Kniephänomen fehlt beiderseits.

Grosse Verlangsamung aller Denkvorgänge. Gedächtnisschwäche. Meint 4 oder 5 Tage hier zu sein. Antwortet erst nach sehr langen Pausen, wie im Traum.

17. April. Geht etwas unsicher. Fasst die Fragen noch sehr langsam und nach mehrmaliger Wiederholung auf.

Gedächtnis sehr schwach.

Uriniert Nachts oft auf den Fussboden, weil er das Nachtgeschirr nicht fand.

5. Mai. Schlaffer, blöde lächelnder Gesichtsausdruck. Gang sicherer, wenn auch noch etwas breitspurig, bisweilen strauchelt er. Elektrische Erregbarkeit normal, mechanisch erhöht.

Pupillen gleich, reagieren prompt. Keine Störung der tactilen Sensibilität, Schmerzempfindlichkeit, des Temperatursinnes. Ueber

die Lage seiner Glieder gut orientiert. Hautreflexe sehr lebhaft, besonders Abdominal- und Cremasterreflex.

Keine Paraestesien.

Pat. ermüdet sehr leicht bei der Untersuchung. Körpergewicht 99 Pfd.

Juni. Kein Trieb zur Arbeit. Ohne geistige Regsamkeit. Körperliches Wohlbefinden.

Juli. Kräftezustand bessert sich von Tag zu Tag. Euphorie. Arbeitet. Gewicht 115 Pfd.

14. August. Arbeitet tüchtig. Gang ganz sicher. Geistig intakt bis auf einen leichten Grad von Demenz.

Kniephänomen fehlt beiderseits.

Wird nach Hause entlassen.

Aus dem

Landeshospital Merxhausen.

XIX.

Aetiologie: Ergotismus.

Pupillendifferenz. Innervationsstörungen im Facialisgebiet. Abweichen und Zittern der Zunge. Epileptische Anfälle. Fehlen des Kniephänomens. Hypalgesie. Stimmungsanomalien. Leichte Demenz. Keine Progressivität der Erscheinungen.

H. G. aus D., Kreis Frankenberg.
Aufnahme 23. VI. 91.
Geboren 16. Mai 1874.

Hereditär nicht belastet. Von einer Stiefmutter schlecht gepflegt. Pat. erkrankte im Winter 1879/80 an Mutterkornvergiftung. Sie wurde im Frühjahr 1880 in der medizinischen Klinik zu Marburg deshalb behandelt und am 3. IV. 1880 als geheilt entlassen.

In der Folgezeit stellten sich verschiedene nervöse Störungen ein und namentlich leichtere und schwerere epileptische Anfälle, so dass sie noch dreimal in der medizinischen Klinik behandelt wurde, schliesslich aber für unheilbar erklärt und in das Landeshospital Merxhausen verbracht werden musste. Damals wurde auch schon eine Verminderung der Intelligenz beobachtet.

12. V. 93. Guter Ernährungszustand. Nach rechts convexe Scoliose der Brustwirbelsäule mit kompensatorischer Scoliose in der Lendenwirbelsäule. Rechter Darmbeinkamm steht höher wie der linke. Linkes Bein 1 cm kürzer als das rechte. Das Bücken wird langsam und schwerfällig ausgeführt. Pat. hinkt auf dem linken Bein. (Folgen eines Trauma in frühester Zeit). Erste Mitralton gespalten. Pupillen gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall und Accommodation. Linke Nasolabialfalte flacher als die rechte. Zunge weicht beim Herausstrecken nach links ab, zittert aber nicht.

Patellarsehnenreflex fehlt.

Kein Fussklonus. Radius- und Tricepssehnenreflex nicht vorhanden. Gang keine auffallenden Erscheinungen. Pat. arbeitet fleissig. Intelligenz nicht bedeutend. Legt man ihr einfache Multiplikationsaufgaben vor, so weicht sie deren Lösung aus; sie sagt, sie habe es nie ordentlich gelernt, der Kopf helfe nicht genug mit. Des Lesens ist sie kundig, doch scheint ihr für das meiste jedes Verständnis zu fehlen.

Pat. hat öfters epileptiforme Anfälle. Den letzten hatte sie am 11. Mai. Dabei bekam sie plötzlich ein Zucken in den Beinen und Armen, verlor das Bewusstsein und fiel von der Bank im Garten. Zungenbiss. Kein Schaum vor dem Mund, schrie nicht, weiss nichts mehr davon.

13. V. 93. Linke Pupille > rechte.

19. V. 93. Heute Morgen beim Ankleiden bekam Pat. einen Anfall. Er war nur ganz kurz. Pat. verlor dabei das Bewusstsein nicht völlig. Sie ist sehr angegriffen, so dass sie von der Arbeit zurückbleiben muss.

Juli bis Dezember. Unverändert. Monatlich zirka 4—6 Anfälle. Arbeitet im Garten und Feld. Menses regelmässig.

Januar 1894. Anfälle am 11., 12., 16., 24., 26., 28.

Februar 1894. Anfälle am 7., 13., 17., 28.

März 1894. Anfall am 14.

September 1894. Es treten oft kleine Anfälle auf, in denen Pat. plötzlich zu Boden fällt und sich nach wenigen Minuten wieder erhebt. Das Bewusstsein schwindet nicht immer völlig. In der letzten Zeit häufig ärgerlich, verstimmt, hat keine Lust zur Arbeit, die ihr offenbar auch schwer fällt. Sie klagt auch bisweilen über Schmerzen im Hüftgelenk. Sie kann nur gröbere Arbeit, wie Waschen, Gartenarbeit, Viehfüttern und dergl. verrichten.

Januar 1895. Arbeitet fleissig. Oft verstimmt.

Ende November 1896. Unverändert. Vor einigen Tagen ein Anfall. Die Kranke war sehr verstimmt, klagte einige Tage über Halsschmerzen, ohne dass objektiv etwas nachzuweisen wäre.

4. III. 97. Gut genährt, von frischem Aussehen, wiegt 116 Pfd. Im Facialisgebiet keine Differenz. Zunge weicht beim Herausstrecken nach rechts ab, zittert etwas. Kein Tremor. Keine Pupillendifferenz. Prompte Reaktion. Spitzenstoss des Herzens etwas verbreitert, 2. Pulmonalton etwas klappend. Erste Ton an der Mitralis unrein. Ueber der rechten Supraclaviculargrube sausendes Geräusch.

Patellarsehnenreflex ist nicht auszulösen. Berührung mit feinem Haarpinsel nicht angegeben, hingegen wird Knopf und

Spitze einer Stecknadel gut unterschieden, wenn auch die Reaktion etwas langsamer ist. Fusssohlenreflex nicht besonders ausgeprägt. Ihr Geburtsdatum weiss sie, auch dass sie 6 Jahre hier ist. In welchem Jahre sie hierhergebracht ist, weiss sie nicht. Auf die Frage, wann sie das erste Mal nach Marburg gekommen, antwortet sie: das sei schon lange her, da sei sie in die Schule geführt worden, mit 6 Jahren. — „Wie lange gingen Sie denn in die Schule, als sie nach Marburg kamen?“ — „Ein Jahr.“ — „Wie alt also, als Sie nach M. kamen?“ — „7 Jahre.“ — „Wie lange in M.“ — „Ein Jahr.“ — „Dann zu Hause wie lange?“ — „3 oder 4 Jahre.“ — „Dann wieder in Marburg?“ — „Ja.“

Sie weiss über ihre verschiedenen Aufenthalte in M. nichts zu sagen, weiss aber, dass sie in D. geboren, dass ihre Eltern tot sind.

Nach Bericht der Wärterin hat sie öfters Anfälle.

23. III. 97. Hatte in der Frühe einen Anfall. Es habe ihr im rechten Arm und im Bein gezuckt, dann wisse sie von nichts mehr. Linke Pupille $>$ rechte, beide reagieren etwas träge.

14. VII. 97. Stürzt bei einem Anfall nachts aus dem Bett, zieht sich eine oberflächliche Verletzung an der Stirn zu. Auch in anfallsfreien Zeiten bekommt sie plötzlich im linken Arm eine einzige ruckartige Zuckung, seltener im rechten Arm. Oft leiten sich auch die Anfälle durch eine derartige einzelne Zuckung im linken Arm ein.

17. VII. 97. Pupillen weit, kreisrund, gleich, reagieren prompt auf Lichteinfall und Accommodation. Keine Facialisdifferenzen. Zunge wird gerade, ohne Zittern herausgestreckt. Kein Kniephänomen. Kein Tricepssehnenreflex. Kein deutlicher Fusssohlenreflex. Spitze und Knopf einer Stecknadel wird nicht immer richtig unterschieden. Erst tiefere Nadelstiche werden schmerzhaft empfunden. Reaktion langsam. Pat. weiss nur sehr wenig von ihrem Aufenthalt in M. anzugeben. Aufgaben aus dem Einmaleins werden oft falsch oder gar nicht gelöst.

$2 \times 5? = 12.$

$2 \times 2? = 4.$

$3 \times 16?$ Pat. weicht der Lösung erst mit Ausflüchten aus, Rechnen könne sie nicht gut, schliesslich sagt sie zögernd 38.

In der That hat Pat. nie gut rechnen gelernt, da die Erkrankung in die erste Zeit ihrer Schulbildung fiel. Im Ganzen ist nur ein mässiger Grad von Demenz zu konstatieren. Keine Sprachstörungen.

20. VII. 97. Pat. hat in der vergangenen Nacht wieder einen Anfall gehabt.

Befund am 20.: Linke Pupille bedeutend > rechte; beide reagieren prompt auf Lichteinfall und Accomodation. Rechte Mundwinkel steht tiefer als der linke. Zunge weicht etwas nach links ab. Stimmung gedrückt.

22. VII. Pupillen gleich, reagieren prompt. Keine Innervationsstörungen im Facialis- und Hypoglossusgebiet mehr nachzuweisen. Stimmung heiter.

Kniephänomen fehlt dauernd.

Während der Dauer der ganzen Krankheit wurden keine Sprachstörungen, keine Lähmungen beobachtet.

Der Krankheitsprozess hat in einer Reihe von Jahren absolut keine Fortschritte gemacht, vor allem auch nicht die Demenz.

Zum Schluss sei es mir gestattet, meinem hochverehrten Lehrer, dem Direktor der psychiatrischen Klinik zu Marburg, Herrn Medizinalrat Professor Dr. *Tuczek*, für die Anregung zu dieser Arbeit, seine freundliche Unterstützung und die Ueberlassung der Krankengeschichten, meinen herzlichsten Dank auszusprechen. Ebenso bin ich Herrn Direktor Dr. *Schedtler,* meinem hochverehrten Chef, für die gütige Ueberlassung der Krankengeschichte aus dem Landeshospital Merxhausen, zu grossem Danke verpflichtet.

Litteratur-Verzeichnis.

Baillarger, Annales medic. psych. 1872, 1882, 1883, 1885, 1889.
— Analogies des symptômes de la paralysie générale et de la paralysie générale pellagreuse.
Birch-Hirschfeld, Morphinismus in *Kunze*'s Zeitschrift für praktische Medizin 1874. S. 234.
Bernard und *Féré,* Des troubles nerveux observés chez les diabétiques. Archive de neurologie 4. 1882.
Bourdon, Thèse de Paris. 1843. Des paralysies consécutives à l'intoxication par la vapeur de charbon.
Bruce, Chronic poisoning by bisulfide of carbon. Edinb. med. journal. 1884.
Cadéac und *Meunier,* Contribution à l'étude de la liqueur d'absinthe.
Camuset, Saturnisme chronique simulant la démence paralytique. *Baillarger,* Ann. med. psych. 1882.
Dagonet, Maladies mentales.
Delpleche, Nouvelles recherches sur l'intoxication speciale par le sulfure de carbone. Annales d'hygiene. 1863.
Dörr, Eigenartige Form der paralytischen Geistesstörung bei Alkoholikern. Dissertation. Bonn. 1883.
Erlenmeyer, Die Morphiumsucht und ihre Behandlung. 1887.
— Cocaïnismus. 1883.
Finder, Psychosen bei Diabetes mellitus. Dissertation. Berlin.
Fournier, Les pseudoparalysies générales d'origine syphilitique.
Gautier, Études cliniques sur l'absinthisme. Thèse de Paris. 1882. Archive de neurologie.

Godet, De la pseudoparalysie alcoolique dans ses rapports avec la paralysie générale. Revue Suisse. 4. 5.

Hampe, Ueber Geisteskrankheiten infolge Schwefelkohlenstoffvergiftung. 1895.

Heubel, Pathogenese und Symptome der chronischen Bleivergiftung.

Horn, Gutachten über den Gemütszustand des Tabaksspinnergesellen Daniel Schmolling. Berlin. 1820.

Hughes, Psychoneuroses des mangeurs d'Opium. Méconisme ou papaverisme. Saint Louis. *Baillarger,* Ann. med. psych. 1889.

Huss, Magnus, Chronische Alkoholkrankheiten, deutsch von *Gerhard van dem Busch.* 1852.

Klippel, Des pseudoparalysies neuritiques. Gaz. hebdom. 5.

Klöpfel, Bromkaliummissbrauch. Petersburger medizinische Wochenschrift.

Korsakoff, Paralysis alcoholica, paraplegia alcoholica. Moskau. 1887.

von Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie.

— Progressive Paralyse, in *Nothnagel*'s Spezielle Pathologie und Therapie. Band IX. 2. 1894. Siehe auch die Litteraturangaben dort.

Kräpelin, Psychiatrie.

Laudenheimer, Paralytische Geistesstörung infolge von Zuckerkrankheit (Diabetische Pseudoparalyse). Archiv für Psychiatrie. 1897. II. 29. Band.

Lewinstein, Morphiumsucht.

Marandon de Montyel, Sulfonalvergiftung. *Baillarger,* Ann. med. psych. 1889.

Mendel, Progressive Paralyse der Irren.

Needham, Noble, Prvvis, Effects of brom of potassium. British medic. journ. Sept. 1873.

Pilkowski, Jahrbücher für Psychiatrie. Band XII. 1893.

Raffegeau, Note sur un cas de démence censécutive à l'intoxication oxycarbonnée.

Ramadier und *Barazer*, Syphilis cérébrale chez un héréditaire dégénéré. *Baillarger*, Ann. med. psych. 1889.

Schedtler, (Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg.) Sulfonalvergiftung. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Band L.

Schulz, Chronische Sulfonalvergiftung. Neurologisches Centralblatt. 1896.

Schmidt, Kenntnis der Morphiumpsychosen. Archiv für Psychiatrie. 1886.

Scolozuboff, Archive de physiologie normale et pathologique. 1884. Krankheiten des Rückenmarkes bei russischen Arsenessern.

Siemens, (Aus der psychiatr. Klinik zu Marburg.) Psychosen bei Ergotismus. Archiv für Psychiatrie. XI, XII. (1881).

Tuczek, Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg. Veränderungen im Centralnervensystem, speziell in den Hintersträngen des Rückenmarkes, bei Ergotismus. Archiv für Psychiatrie. XIII.

— Ueber die bleibenden Folgen des Ergotismus für das Centralnervensystem. Archiv für Psychiatrie. XVIII.

— Anatomische und klinische Studien über Pellegra. 1893.

— Schwere Antipyrinvergiftung bei einem Kinde. Berliner klinische Wochenschrift. 1889. 17.

Virchow-Hirsch, Jahresberichte. (*Emminghaus*, Psychiatrie.)

Vigouroux, Paralysie alcoolique chez les aliénés. Gaz. hôp. de 1893.

Voisin, Traité de la paralysie générale des aliénés.

Lebenslauf.

Ich, *Johann Friedrich Wachsmuth,* Sohn des praktischen Arztes Dr. *Wachsmuth* und dessen Ehefrau *Helene* geb. *Schroeder,* evangelischer Konfession, wurde am 20. November 1872 zu Berlin geboren. Meine Schulbildung genoss ich in Berlin am Königstädtischen und Königlichen Joachimsthalschen Gymnasium. Michaelis 1891 verliess ich mit dem Zeugnis der Reife Berlin und widmete mich dem Studium der Medizin, zuerst in Greifswald, wo ich zwei Semester studierte. Im ersten Semester genügte ich meiner Dienstpflicht mit der Waffe bei der 10. Kompagnie Infanterieregiments 42. Meine übrige Studienzeit mit Ausnahme des siebenten Semesters, das ich in Berlin studierte, war ich in Marburg. Ostern 1894 bestand ich das Tentamen physicum in Marburg. Hier vollendete ich auch am 3. März 1897 das medizinische Staatsexamen; am 15. März 1897 bestand ich das Examen rigorosum.

Nach bestandenem Examen arbeitete ich an der Marburger Irrenheilanstalt an meiner Dissertation.

Als akademische Lehrer verehre ich die Herren Professoren und Dozenten: *Ahlfeld, Barth, Behring, von Büngner, Gasser, von Heusinger, Lahs, Külz †, Küster, Mannkopff, Marchand, Melde, H. Meyer, Müller, Schöler, Sommer, Strahl, Tuczek, Uhthoff, Zincke.*